

TRAITÉ
DES MALADIES
DES ENFANTS.

TRAITÉ

DES

MALADIES DES ENFANTS,

OU

RECHERCHES

SUR LES

PRINCIPALES AFFECTIONS DU JEUNE AGE

(DEPUIS L'ÉPOQUE DE LA PREMIÈRE DENTITION JUSQU'A CELLE DE LA PUBERTÉ);

OUVRAGE

FAISANT SUITE A CELUI DU DOCTEUR **BILLARD**,

FONDÉ SUR LES NOMBREUSES OBSERVATIONS PHYSIOLOGIQUES, CLINIQUES ET ANATOMIQUES, SUR L'EXAMEN ET LA DISCUSSION DES OPINIONS DE LA PLUPART DES AUTEURS QUI ONT ÉCRIT SUR CETTE PARTIE DE LA MÉDECINE, TELS QUE ROSEN, UNDERWOOD, GUERSENT, BILLARD, DENIS DE COMMERCY, ETC., ETC.,

AVEC DES NOTES

DE M. LE DOCTEUR **BARON**,

Médecin en chef de l'hospice des Enfants-Trouvés, Membre de l'Académie de Médecine, etc.;

PAR **A. BERTON**,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, Chirurgien-A.-M. de la Garde municipale.

Parvulis succurrere.

PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 13 *bis*;

A LONDRES, MÊME MAISON, 219, REGENT STREET;

ET CHEZ MADAME HUZARD, IMPRIMEUR-LIBRAIRE,

rue de l'Éperon, n° 7.

1837.



IMPRIMERIE DE MADAME HUZARD (NÉE VALLAT-LA-CHAPELLE),
rue de l'Éperon, n° 7.

A M. BARON,

MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-TROUVÉS,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, ETC.

Cela a été pour nous un grand sujet d'encouragement pour livrer cet ouvrage à la publicité, que l'acceptation de sa dédicace par M. le docteur Baron, et que l'obligeance avec laquelle il a daigné nous communiquer les notes que nous avons

disposées au bas de plusieurs de nos pages (1). Nous saisissons avec empressement l'occasion de rendre hommage à la bienveillance et aux sentiments de bonne confraternité de ce médecin distingué.

A. BERTON.

---

(1) Le nom de M. Baron se trouve placé dans toutes les notes qui lui appartiennent, et par cet arrangement nous avons cherché à éviter toute confusion entre elles et les nôtres : le texte, d'ailleurs, en a été conservé avec le plus de soin possible, et la forme seule a subi quelques légères modifications.

AVANT-PROPOS.

Les enfants deviennent les hommes : le soin de tous leurs intérêts est celui de l'avenir de l'humanité. Comme citoyens, comme pères, comme médecins, comme philosophes, nous nous devons au perfectionnement de leurs facultés physiques et morales; nous devons, chacun dans nos spécialités, consacrer les fruits de nos peines, de nos études et de notre expérience à la conservation, au rétablissement et à l'affermissement de leur santé, à leur bien-être, au développement et à l'émancipation de leur intelligence.

On a beaucoup écrit sur toutes les parties de l'art de guérir; mais cependant les ouvrages sur les maladies des enfants sont bien moins nombreux que les autres, et la science, à cet égard, est com-

parativement beaucoup moins complète et avancée. Il n'y avait pas généralement, autrefois, assez de distinctions faites entre les différentes périodes de la première époque de la vie; trop de dissemblances étaient établies entre les maladies de l'enfance et celles des âges suivants : il existait, en outre, une préoccupation trop grande, trop absolue des circonstances d'un double phénomène, la dentition et les entozoaires. Enfin, on peut aussi improuver une multiplicité de symptômes érigés en entités morbides, et l'oubli de la science d'observation remplacée par des théories imaginaires sur la cause, le principe et le traitement des maladies.

Les traités complets sur cette sorte de spécialité médicale sont moins communs encore de nos jours; mais une foule de publications et d'excellentes monographies en ont embrassé plusieurs parties. Ces descriptions partielles, quoique assez multipliées, sont loin, cependant, de comprendre toute la pathologie relative aux enfants. C'est particulièrement sur les points inachevés, sur ceux le moins en rapport avec les connaissances actuelles, sur les parties qui nous ont paru les moins éclairées, que nous avons porté notre attention; c'est vers elles surtout que nous

avons dirigé notre application et nos recherches. Ce champ n'est pas, d'ailleurs, restreint; car il comprend la plupart des affections viscérales des trois cavités splanchniques.

C'est plus spécialement aux maladies des *nouveau-nés* que feu le docteur Billard, notre ancien camarade d'hôpital et ami, consacra les recherches qu'il publia en 1828, et c'est à l'étude des affections relatives à cette partie de l'enfance, qui s'étend depuis les approches de la première dentition jusque vers l'âge de la puberté, que nous nous sommes principalement livré. Notre ouvrage ne forme donc un traité complet des maladies des enfants que concurremment avec celui de Billard, dont, sous ce rapport, il est, en quelque sorte, la suite.

Si quelques affections déjà maintes fois minutieusement décrites dans une foule de monographies et d'ouvrages élémentaires n'occupent pas longuement les chapitres de ce livre, ce que nous en disons, néanmoins d'abord, soit en nous occupant des généralités sur les maladies des enfants, soit à l'appendice ou partie complémentaire et table analytique, nous semble devoir suffire pour éclairer suffisamment sur leur nature, leurs

lésions, leurs caractères symptomatiques, et surtout sur les particularités qu'elles présentent, envisagées vers l'époque de la vie, dont nous nous occupons plus spécialement. Si l'on blâme comme mode vicieux de classification la forme de dictionnaire que nous avons donnée à notre avant-dernier chapitre, on trouvera du moins, dans cette disposition, quelques compensations sous le rapport des facilités qu'elle offre pour arriver directement à l'objet qu'on se propose, aux différents sujets que renferme cette portion de l'ouvrage. Nous avons, d'ailleurs, cherché à remédier au défaut que l'on pourrait trouver dans cet arrangement, en disposant la table générale qui termine ce volume suivant un ordre nosographique.

Nous avons commencé à nous occuper de ces recherches dès 1826 et 1827, à l'hôpital des Enfants malades, et nous n'avons pas cessé, dès lors, de nous y adonner avec assiduité. Nous avons toujours recherché avec empressement, soit dans notre pratique particulière, soit dans le cercle de nos confrères et amis, soit dans le corps militaire auquel nous sommes attaché comme médecin depuis 1830 (corps qui renferme de nombreuses familles), toutes les occasions de poursuivre et d'étendre nos investigations.

Si quelques points de pathologie, déjà précédemment traités par nous, se trouvent intercalés ici, les corrections, changements et additions que nous avons faits à la plupart les ont rendus, pour ainsi dire, neufs. Il importait, d'ailleurs, que notre travail présentât quelque suite.

Ce que nous publions aujourd'hui forme un ouvrage divisé en huit parties ou chapitres, comprenant, d'ailleurs, des observations détaillées et de nombreux relevés statistiques.

Dans la première partie, il est question de l'utilité de donner aussi une attention particulière aux maladies des enfants. Les motifs sont, en partie, déduits d'un examen rapide de la plupart des affections du jeune âge comparées à celles des autres époques de la vie : un court exposé des divisions et subdivisions de l'enfance, et quelques préceptes théoriques, terminent ce chapitre. La seconde partie a pour sujet les irritations et phlegmasies de l'appareil cérébro-spinal. Dans la troisième, se trouvent plus particulièrement décrites les affections gastro-intestinales, la gastrite, la gastro-entérite, l'entérite, l'entérite pustuleuse, les colites, etc.; la pneumonie, la pleurésie et la bronchite occupent plus spécialement les qua-

trième et cinquième chapitres, et le sixième est consacré à la dégénérescence tuberculeuse en général, à celle des glandes bronchiques en particulier, et aux différentes espèces de phthisies. Enfin, une table analytique et appendice avec notes, mémorial thérapeutique, soixante-quatorze observations (cliniques et ouvertures cadavériques), et une ébauche de classification à la table générale des matières, forment, en quelque sorte, le complément de cet ouvrage, dont les différentes parties se lient, s'expliquent, se commentent, se combinent, et dont chaque chapitre renferme un ensemble de descriptions qui se tiennent, tout en embrassant des individualités morbides, des symptômes spéciaux, et de simples modifications symptomatiques, envisagés d'une manière distincte ailleurs, et diversifiés même quelquefois davantage encore, mais que nous avons jugé plus pratiquement convenable, plus dans le vrai, de réunir, de grouper, comme n'étant constitués que par des maladies d'un même appareil, par les différents degrés d'une affection, ou par des phénomènes prédominants, par des accidents, par des circonstances faisant exception, etc. Il en résulte que notre travail ne peut être morcelé, et qu'il a besoin d'être parcouru dans son entier pour être jugé complétement.

Si nos opinions diffèrent, parfois, de celles de plusieurs auteurs, si nos errements ne sont pas toujours ceux accoutumés, il ne faut pas en accuser, de notre part, un sentiment de controverse ou un but d'originalité. En n'admettant pas, sans examen, tout ce qui a été publié, nous n'avons cédé ni à l'envie de fonder, ni à l'impulsion d'un amour-propre, que rien ne justifierait; mais, ainsi que la plupart de ceux qui cultivent les sciences avec bonne foi et indépendance, nous nous sommes laissé aller à la propension vers l'esprit de la philosophie contemporaine, qui ne voit la vérité que dans le concours des faits, de l'analogie et de l'induction.

GÉNÉRALITÉS

SUR

LES MALADIES

DES ENFANTS,

ET

REMARQUES SUR QUELQUES MALADIES

EN PARTICULIER.

CHAPITRE PREMIER.

Une application soutenue à l'étude des maladies des enfants a d'abord pour résultats de démontrer que la pathologie relative à cette première période de la vie, comparée à celle qui concerne les âges suivants, offre des dissemblances et des particularités qu'il ne peut être indifférent de méconnaître; que la totalité même de l'époque de l'enfance ne présente pas non plus, sous ce rapport, une com-

plète uniformité (1) ; qu'enfin, sous le point de vue nosographique, les affections du jeune âge réclament, en général, des travaux et des recherches qui, actuellement encore, semblent assez lui manquer, pour que l'on ne puisse dire que la connaissance de ces maladies soit à la hauteur des autres branches de l'art de guérir.

Mais tout en admettant l'insuffisance de l'entente même parfaite des affections des adultes et des vieillards pour connaître et soigner convenablement les maladies des enfants, et la nécessité de livrer aussi une attention toute spéciale à cette partie de la science, il y aurait exagération, défaut d'observation et certainement erreur, à prétendre que les maladies qui affligent les différents âges ne présentent, dans aucun cas ou sous aucune face, de l'identité ou de l'analogie, aussi bien qu'à soutenir que la médecine des adultes et celle des enfants ne diffèrent l'une de l'autre à aucun égard. Chez l'enfant, la faiblesse générale, la dentition, la croissance, l'état rudimentaire, l'inertie de certains organes

(1) MM. Billard et Denis de Commercy se sont plus particulièrement occupés, et avec succès, des maladies des *nouveau-nés*, et leurs traités spéciaux prouvent, du reste, l'utilité de distinguer des phases suivantes cette première époque de la vie. Cette vérité ressortira encore de la comparaison de notre ouvrage avec celui de Billard ; car ce n'est véritablement que réunies que ces deux publications peuvent être considérées comme embrassant toute la pathologie interne relative à l'enfance en général.

et fonctions d'organes, leurs évolutions, etc......, constituent autant d'actes et de circonstances auxquels on ne peut refuser une grande importance médicale. L'homme souffrant accuse son mal, éclaire et dirige les recherches du médecin; l'enfant malade est muet, taciturne ou maussade, difficile, impatient, et le plus souvent il résiste plutôt qu'il ne se prête à toute investigation. C'est, en quelque sorte, pis que de la médecine vétérinaire que l'on est appelé à faire auprès du jeune enfant. Quant aux causes, aux symptômes, à la marche des maladies, au genre de lésions, aux moyens à employer...., combien, relativement à l'enfance, n'est-il pas encore de modifications à saisir, d'importantes distinctions à établir!

La croissance, la dentition et les vers intestinaux ont joué un rôle presque exclusif dans la pathogénie des enfants. L'accroissement, source continuelle de dérangements dans l'équilibre fonctionnel, a été, à bon droit, reconnu comme une cause spéciale autant que puissante de maladies; mais l'on ne peut également approuver la coutume presque banale, suivant laquelle la pousse des dents ou la présence des vers étaient presque exclusivement accusées dans toutes les affections des enfants. On tomberait, néanmoins, dans un défaut contraire, en refusant à ces faits toute relation de causalité. Le travail de la dentition peut occasioner une irritation locale qui réagisse sur le cerveau, et peut être ainsi le mobile de phénomènes convulsifs, d'affections cérébrales. Chacun a été témoin de ces *dérangements de corps* et de ces toux plus

ou moins fréquentes, de ces bronchites, en un mot, plus ou moins légers, qui se manifestent particulièrement pendant l'époque de la première dentition, et qui, parfois, se renouvellent à chaque évolution de dent. Il semble que l'irritation, dont la bouche est alors le siége, soit transmise vers la muqueuse trachéo-bronchique, par continuité de tissu ou par sympathie; ce dernier mode de transmission paraîtrait même le plus probable, car, bien que la gorge fût plus rapprochée du siége primitif et du point de départ de l'irritation, et, relativement aux bronches, pût être considérée, en quelque sorte, comme un passage obligé vers celles-ci, il est d'observation que les angines intercurrentes sont sinon rares, du moins bien moins communes que les bronchites.

L'importance de la présence des vers dans les voies digestives, quoique singulièrement exagérée, ne doit pas non plus être complètement annulée. Les très jeunes enfants, les enfants à la mamelle, sont très rarement affectés de vers intestinaux; on n'en trouve guère que chez ceux qui ont atteint la première année, encore sont-ils peu communs alors, tandis que le contraire a lieu de la troisième ou quatrième à la huitième ou dixième année. Les vers que l'on rencontre le plus souvent chez les enfants sont les ascarides lombricoïdes et vermiculaires. Les premiers occupent plus ordinairement l'intestin grêle et quelquefois le colon; les autres siègent presque exclusivement vers la fin du gros intestin et dans le rectum. Ces entozoaires deviennent assez rares

chez les adolescents, plus rares encore chez les adultes et surtout chez les vieillards. L'âge moyen de la vie paraît davantage disposé à la présence du tænia (1), hôte que l'on ne rencontre guère vers les premières époques de la vie. Les acéphalocystes, ces êtres singuliers (si toutefois même ils méritent ce nom) se retrouvent à tous les âges, et peut-être moins fréquemment chez les vieillards ; mais avec cette différence, que, chez eux et chez les adultes, ils compliquent plus particulièrement les affections organiques des viscères abdominaux ou en occasionent le développement ; tandis que chez les enfants ils semblent se produire et se complaire de préférence au sein des organes et lésions d'organes intracrâniens.

Il faut penser, avec Bresmer, qu'on ne doit pas attacher trop d'importance à la présence des vers et encore moins à leur évacuation, quand il s'agit de déterminer la cause d'une maladie, et nous admettons, ainsi que M. Guersent, que l'on a toujours fait jouer un rôle beaucoup trop important à ces animaux dans les maladies du premier âge. Cependant il n'en est pas moins très utile de connaître et de savoir apprécier tout ce qui se rapporte aux entozoaires, soit pour éviter d'agir d'une ma-

---

(1) Voir, à la table, le mot *Tænia*.

Consulter, en général, pour toutes les maladies qui seront passées en revue, les notes, suppléments et mémorial thérapeutique qui font partie de la table analytique de cet ouvrage.

nière non opportune, soit pour ne pas rester dans une inaction non moins fâcheuse.

Les symptômes de manie attribués par quelques observateurs à la présence de vers dans le canal digestif (1) sont au moins rares chez les enfants (2). Parmi les phénomènes et les épiphénomènes que semble plutôt susciter chez eux la présence de ces animaux, se remarquent les convulsions, quelquefois la chorée, l'amaigrissement et les coliques (quand ils sont en grand nombre); l'état des yeux, qui sont cernés, battus; la dilatation des pupilles; le prurit des narines; un sentiment de tension vers la racine du nez.... Mais il n'est véritablement d'autre certitude de leur existence que celle qui résulte de leur expulsion par les selles.

Laënnec, Gmelin, les professeurs Cruveilhier et Guersent ont cité des exemples de vers engagés dans les voies hépatiques, dans les canaux biliaires et pancréatiques, et qui auraient produit la mort. Il est, du reste, prouvé que ces parasites peuvent s'engager par toutes les ouvertures naturelles ou morbides (3); mais ils sont inca-

---

(1) Des faits semblables ont encore été, dans ces derniers temps, rapportés par MM. Esquirol, Ferrus, Fourreau de Beauregard. (Académie de médecine, 23 septembre 1834.)

(2) M. Louyer Villermay en a, néanmoins, cité une observation dans la même séance.

(3) Ainsi, en avons-nous quelquefois trouvé dans la cavité du péritoine, à la suite de perforations intestinales.

pables de perforer eux-mêmes les tissus. Leur nombre est plus ou moins considérable; il peut être pour les uns de cinquante et au delà. Quant aux ascarides vermiculaires, leur multiplicité est quelquefois énorme chez le même individu (1).

Les régions de la membrane muqueuse où sont accumulés en certain nombre les vers intestinaux se trouvent finement injectées, marbrées, ou d'une teinte *uniforme* rougeâtre ou violacée. Ces colorations sembleraient indiquer une irritation occasionée par les mouvements de ces animaux; cependant il est à remarquer qu'elles se dissipent, en général, assez facilement par le lavage.

En s'occupant d'helmentologie ou d'*helmento-pathologie*, il est à se défendre de toute préoccupation, de laquelle résulterait une trop grande facilité à administrer les anthelmintiques (toujours pris dans la classe des irritants) dans des circonstances, où rien ne serait moins bien prouvé que l'absence d'une irritation ou d'une phlegmasie de quelque portion du tube digestif.

Non seulement il est des maladies particulières aux enfants, et il en existe qui, communes chez eux, sont rares dans les âges suivants, et réciproquement; non seulement il s'en trouve qui frappent aussi exclusivement les vieillards et les adultes, mais il est encore des formes particu-

---

(1) Nous en avons vu évacuer, par un enfant d'environ six ans, des masses pelotonnées. Le nombre de ces animaux devait être vraiment prodigieux.

lières que semblent revêtir, en entrant dans le domaine de l'enfance, certaines affections qui atteignent, du reste, également toutes les époques de la vie. La pneumonie, par exemple, offre, dans sa marche, ses symptômes, ses terminaisons, et même dans les altérations organiques qu'elle laisse après elle, de nombreuses particularités. Ainsi, au lieu d'occuper une portion plus ou moins considérable de l'un ou des deux poumons, la phlegmasie, le plus souvent chez les enfants, se dissémine dans le tissu pulmonaire, et se fractionne de façon à n'occuper que des parties plus ou moins circonscrites du tissu vésiculaire. L'altération organique résultante est plus ferme, plus dense que celle à laquelle on a donné le nom d'hépatisation; elle semble demander plus de temps à se former, et ressemble plutôt à la substance du rein qu'au parenchyme de la rate. Une des conséquences anatomo-pathologiques de ces lésions circonscrites est la production plus commune d'abcès et de cavernes : une des conséquences symptomatologiques est de rendre fréquemment nulle l'aide de la percussion et de l'auscultation. Sous d'autres rapports aussi, par une sorte d'enchaînement de ces mêmes motifs, ou par d'autres raisons que nous chercherons à apprécier plus loin, la plupart des phénomènes fonctionnels morbides diffèrent encore chez les jeunes péripneumoniques. Les enfants, en effet, ne crachent pas, ou du moins très rarement, avant l'âge de huit ou dix ans, et plus rarement encore la coloration de leurs crachats offre-t-elle quelque chose de caractéristique. De plus, et in-

comparablement plus souvent chez eux qu'aux âges suivants, divers râles se succèdent et s'entremêlent pendant le cours de la pneumonie, même à l'exclusion du râle crépitant. Ce râle, donc, peut, d'autant moins, être considéré comme pathognomonique chez les enfants, qu'il se retrouve dans la bronchite, et particulièrement dans celle qui occupe les dernières ramifications de l'arbre bronchique. Quant à cette dernière variété de maladie, elle est également presque propre au jeune âge, et peut être considérée sinon comme le passage obligé, du moins comme le plus commun que suit la phlegmasie pour atteindre le tissu du poumon.

La bronchite convulsive ou coqueluche (1) affecte encore spécialement les enfants, et sévit surtout vers l'époque comprise entre les deux dentitions; elle récidive rarement, et n'atteint, pour ainsi dire, que par exception l'adulte et le vieillard, plus spécialement à leur tour disposés à l'asthme. Les quintes de toux avec intermède de sifflement laryngo-trachéal, régurgitations et vomiturititions de matières muqueuses; le calme, l'état de tranquillité, et souvent presque de santé parfaite, qui, dans les intervalles des quintes, remplace l'agitation, compagne des accès de toux, et pendant lesquels l'anxiété et la dyspnée sont souvent portées à l'extrême,

(1) Voir les observations 1, 2, 3, 4, et à la table analytique le mot *Coqueluche*.

accès accompagnés aussi de l'accélération du pouls; enfin, la longueur de la maladie qui, rarement, dure moins de six semaines, et souvent persiste beaucoup plus long-temps..... Toutes ces circonstances prêtent à cette affection une physionomie et un caractère particuliers. Nous sommes, néanmoins, du nombre de ceux qui ne lui attribuent d'autre principe que l'irritation; qu'une irritation siégeant particulièrement dans les dernières ramifications bronchiques, et affectant spécialement les sécrétoires dont elle exalte l'action; irritation, du reste, assez modérée pour ne pas rendre la supersécrétion purulente, mais lui conserver ou lui prêter les caractères physiques qu'on lui connaît; et qui, enfin, n'atteint le degré de l'inflammation, ou plutôt ne se complique de la phlogose de la trachée et des bronches que dans certains cas complexes. En un mot, tous les phénomènes les plus saillants de la coqueluche nous paraissent occasionés par la présence et l'accumulation, vers les extrémités des bronches, d'un liquide adhérent et visqueux, et provenir de la gêne mécanique, de l'obstacle apporté ainsi à la circulation de l'air. Une sorte de contre-épreuve, et qui semble donner à ces explications, les seules rationnelles, plus de probabilité encore, résulte de la disparition immédiate des accidents après l'expulsion du liquide obstruant.

Sous ce point de vue, la coqueluche présente beaucoup d'analogie avec certaine dyspnée, elle est véritablement l'asthme des enfants. Si cette dernière affection se nuance davantage avec la

bronchite chronique, chez les vieillards, toujours est-il de nombreux points de contact entre elle et la coqueluche, et nous nous trouvons ainsi amené à revenir sur notre précédente assertion, et à inférer, presque contradictoirement, que la coqueluche, ou certaine forme de la maladie appelée asthme, nous attaque avec une sorte de préférence vers le commencement de notre carrière et vers notre retour.

Toutefois, en parlant d'asthme, nous n'avons pas eu l'intention de désigner ici l'espèce qui se lie à une affection organique du cœur; car, bien qu'il existe chez les enfants une disproportion, qui ne se conserve pas dans la suite, entre les cavités et les parois ventriculaires droites ou gauches de l'organe central de la circulation, les maladies organiques de ce viscère sont essentiellement rares chez eux.

Nous ne pensons même pas que la disposition dont nous venons de parler entraîne après elle les conséquences qu'on a voulu lui prêter : nous ne pensons pas que cette sorte d'hypersarcose du ventricule gauche, que l'ampliation plus grande de la cavité ventriculaire droite, jointe à l'épaisseur moindre de ses parois, soit une preuve et donne raison de la faiblesse plus grande du système artériel comparé à l'appareil veineux; qu'il y ait enfin, par ces motifs, prédominance de ce dernier, souffrance de l'autre chez les enfants, et analogie sous tous ces rapports entre eux et les vieillards. La quotité dans la projection du sang ne semble pas, d'ailleurs, en

raison de la capacité des ventricules, mais bien plutôt en proportion de la puissance et de la fréquence des contractions du cœur. L'épaisseur plus grande des parois ventriculaires, selon toute apparence, est l'attribut d'une puissance motrice chargée d'un plus grand effort : le ventricule gauche a, en effet, sous sa dépendance la grande circulation, et le droit n'a à pourvoir qu'à la petite. L'ampliation des cavités droites et du système vasculaire qui y est lié est en raison directe de la gêne apportée pendant la vie à la respiration et à la circulation ; aussi est-elle généralement très prononcée chez les individus qui se sont livrés à des travaux et efforts longs, continus et pénibles. Il y a enchaînement entre toutes ces causes et résultats, et de telles conséquences doivent se trouver surtout acquises vers une époque avancée de la vie, vers celle où naturellement tout décline, où il y a, pour ainsi dire, fatigue et usure des rouages de l'organisme. Ce qui ajoute encore aux embarras de la circulation chez les vieillards, c'est que les modifications survenues dans la texture des parois artérielles privent celles-ci de leurs qualités contractiles et élastiques; de là, surcroît d'efforts de la part du cœur gauche pour effectuer la progression des fluides; progression d'autant plus entravée encore, que les mouvements de l'organe central de la circulation se sont progressivement ralentis avec l'accumulation des années. Toutes ces conditions réunies se trouvent-elles chez les enfants? Le ventricule gauche y paraît aussi hypersarcosé; mais c'est chez eux une simple

disposition naturelle. Les veines sont, au contraire, peu développées chez les jeunes sujets, et les battements de l'organe central de la circulation y sont précipités. Il y a donc, chez l'enfant, véritablement augmentation de fréquence et de puissance dans l'action du ventricule gauche, et plutôt manque qu'excès d'ampliation du système vasculaire veineux. On peut, ce nous semble, conclure, de ce qui précède, que, si une portion du système circulatoire prédomine chez lui, c'est plutôt l'appareil artériel : ce qui paraît, du reste, répondre aux besoins exigeants de la nutrition dans un âge où il s'agit, toutefois, d'entretien et de progrès.

S'il est difficile de préciser exactement le nombre des battements fournis par l'artère dans un temps donné et aux différentes époques de la vie, et si les opinions des auteurs à cet égard présentent généralement peu d'accord, c'est qu'en effet le pouls, sous le rapport de sa fréquence, offre beaucoup de variétés individuelles. Mais toujours est-il que celui de l'enfant est, dans la généralité des cas, plus fréquent que celui de l'adulte; que le pouls du vieillard est plus lent que celui de ce dernier (1).

Les mouvements de la respiration se lient physiologiquement, dans une certaine proportion de

---

(1) Voir, à la table analytique, la note importante sur la fréquence habituelle et relative du pouls : chercher le mot *Pouls*.

vitesse, avec les battements du cœur; mais cet ordre peut être troublé. La respiration est quelquefois aussi irrégulière, sa gêne très grande, et c'est surtout vers le dernier terme des affections pulmonaires étendues. Dans d'autres circonstances, cependant, l'orthopnée est considérable, bien que les lésions soient limitées; mais c'est particulièrement chez les enfants rachitiques, dont les parois thoraciques se trouvent déprimées, les côtes rentrées, dont le thorax, en un mot, est déformé. Ces dyspnées, très communes d'ailleurs, parfois très grandes, ou même revenant par excès, ne constituent pas néanmoins de maladies essentielles.

Les symptômes de suffocation sont plus prononcés, plus imminents encore dans certains cas d'angine et de trachéite, dans celles de ces maladies avec production de fausses membranes, et même dans le pseudo-croup. C'est en partie à ces maladies qu'il faut rapporter ce que l'on a dit sur l'asthme aigu des enfants. Ni les adultes, ni les vieillards ne sont à l'abri des angines pseudo-membraneuses, pharyngiennes et laryngo-trachéales; mais l'enfance paraît singulièrement plus disposée à en ressentir les atteintes, et surtout pendant l'époque comprise entre la sixième et la onzième année. Le croup s'observe rarement chez les très jeunes enfants; il en est cependant quelques exemples : un entre autres se trouve inséré dans la *Gazette médicale* du 22 mars 1834; il a été recueilli par le professeur Naegele, de Strasbourg, et se rapporte à un jeune sujet âgé de huit mois. L'angine couenneuse, la trachéite pseudo-membraneuse et le

croup bronchique sont des affections de même nature, et qui ne diffèrent que par leur siége. Les complications de ces maladies entre elles ne doivent être considérées que comme l'extension d'un même mal. (Obs. 5.) C'est à la production des fausses membranes qui, en s'amassant, tendent à obstruer les voies aériennes, et à opposer un obstacle mécanique au passage de l'air; c'est à cette production qu'il faut attribuer le principal danger de ces maladies. L'enrouement de la voix, son timbre particulier, le sifflement ou bruissement laryngo-trachéal, lors des inspirations; les menaces de suffocation pendant les quintes de toux, l'expuition de fausses membranes..., tous ces symptômes appartiennent à chacune des variétés ou degrés de même maladie; mais le pharynx ne présente rien d'extraordinaire dans la trachéite et la bronchite pseudo-membraneuse; tandis que, dans l'angine croupale, l'arrière-bouche est plus ou moins recouverte de productions membraniformes, en même temps que les glandes cervicales sont gonflées et douloureuses. Dans le faux-croup, la toux est aussi rauque; il y a pareillement violentes quintes de toux avec dyspnée et même sifflement, mais il n'y a pas d'expuition de fausses membranes, et en général les accidents sont moins prononcés que dans le croup; il ne s'agit, en effet, que d'une laryngo-trachéite aiguë. La fétidité de l'haleine, la coloration grisâtre et plus ou moins livide des plaques ont valu l'épithète de gangreneuse à l'angine pseudo-membraneuse pharyngienne, autour de laquelle viennent encore se

grouper les dénominations de diphtérite et d'angine maligne.

L'angine pultacée ou caseuse et le muguet sont d'autres maladies, ou plutôt sont des terminaisons différentes de phlegmasies de la bouche et de l'arrière-bouche. Cette dernière affection est surtout fréquente chez les enfants faibles et à la mamelle : la première a particulièrement été confondue avec l'angine pseudo-membraneuse, et surtout dans quelques épidémies. Nous ne voyons, du reste, pour notre compte, qu'une bien légère différence entre les deux modes de développement de l'exsudation blanche, caséiforme, auxquels on donne le nom, soit d'angine pultacée, soit de muguet. Dans le premier cas, on observe d'abord une vive et uniforme rougeur, et comme scarlatineuse, de la membrane muqueuse de la bouche et du pharynx, et bientôt l'apparition de flocons blanchâtres, et se réunissant en une surface plus ou moins épaisse. Dans le second, les papilles buccales apparaissent rouges et hérissées, comme dans la scarlatine; puis il se manifeste sur les côtés du frein de la langue, sur son limbe et sa superficie, à la face interne des lèvres, au dehors des alvéoles, sur la voûte palatine, les voiles du palais et la surface interne des joues, de petits points blancs semi-transparents, qui ne tardent pas à devenir d'un blanc mat. Ces points, en se multipliant et se développant, se réunissent et forment une couche plus ou moins uniforme. Dans l'une et l'autre exsudation, ce sont les phénomènes de la stomatite et de l'angine qui précèdent et ac-

compagnent. L'irritation paraît plus franche, et en quelque sorte moins exclusive dans l'angine pultacée; elle semble, dans le muguet surtout, atteindre les papilles et les glandes mucipares. L'une et l'autre de ces exsudations peuvent s'étendre dans l'œsophage. Le muguet plus particulièrement s'est retrouvé quelquefois dans la trachée, l'estomac et le gros intestin : son moindre caractère aigu rend, jusqu'à un certain point, raison de la possibilité de ce surcroît d'extension.

Il existe aussi, et particulièrement chez les enfants, des phlegmasies des régions buccales et pharyngiennes qui se terminent véritablement par gangrène; ces affections sont, du reste, très graves. Sur quinze cas de gangrène de la bouche observés pendant le cours de 1833 à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Baudelocque, treize se sont terminés par la mort.

L'amygdalite gangreneuse est très rare : M. Guersent dit n'en avoir observé que deux exemples; mais les stomatites simples, couenneuses et même gangreneuses sont, au contraire, très communes chez les enfants. Ces dernières sévissent, surtout pendant les deux dentitions et durant leur intervalle, chez les sujets d'une mauvaise constitution, dans les lieux où il y a encombrement, et où sont accumulées les causes d'insalubrité. Aux symptômes locaux de l'irritation se joint, dans la stomatite couenneuse, l'apparition de petites plaques blanchâtres ou d'un gris jaunâtre, entourées d'un cercle rouge. Ces plaques sont irrégulières, inégales, oblongues, quelque-

fois linéaires, rarement bien circonscrites; elles s'établissent avec une sorte de préférence sur les bords de la langue, sur les côtés du frein de cet organe et à l'extérieur des gencives. L'haleine est fétide, la salivation abondante, les glandes cervicales plus ou moins engorgées. Les plaques exsudées se détachent, et laissent à leur place une ulcération superficielle; elles se renouvellent, ou sont simplement résorbées. Si la maladie, au lieu de tendre vers la résolution, continue à faire des progrès, la gangrène ne tarde pas à se déclarer; elle peut alors atteindre non seulement les gencives, les lèvres et les joues, dans toute leur épaisseur, mais s'étendre jusqu'au tissu osseux, aux alvéoles, et même aux arcades dentaires, qui sont frappées de nécrose. La stomatite couenneuse a été souvent confondue avec les éruptions aphtheuses, moins communes, quoique fréquentes encore chez les enfants (les aphthes sont, au contraire, moins rares que cette stomatite chez les adultes); celles-ci sont constituées par de petites pustules blanchâtres ou transparentes qui ne tardent pas à s'ulcérer, de sorte que les boutons sont remplacés par des ulcérations arrondies, blanchâtres et entourées d'un cercle rouge. Les aphthes sont souvent l'indice du mauvais état des premières voies.

Les affections gastro-intestinales sont aussi très fréquentes chez les enfants; mais les inflammations du ventricule sont moins communes chez eux que celles du petit et du gros intestin, et la cause tient, probablement, non seulement au manque d'abus, mais au défaut d'usage, à cette époque, d'aliments

et de boissons très stimulants. On n'observe même guère, avant l'âge de la puberté, ce que l'on appelle embarras des premières voies ou état bilieux. On a prétendu, à tort, que les enfants n'étaient pas sujets aux entérites pustuleuses; ces affections sont, au contraire, assez fréquentes chez eux. Les jeunes enfants n'en sont même pas exempts, et nous pourrions, à cet égard, invoquer le témoignage de MM. Billard et Denis. Il paraîtrait seulement que ces phlegmasies ne se manifesteraient, dans la première enfance, qu'avec les symptômes ordinaires de l'entérite. Mais, chez les enfants d'un âge plus avancé, les dothinentéries revêtent la forme qu'on leur connaît, ou sévissent masquées par une telle prédominance de symptômes cérébraux, qu'on pourrait les confondre avec les méningo-encéphalites.

Du reste, bien plus souvent encore que chez les adultes, le cerveau s'affecte-t-il d'une manière sympathique chez les enfants dans les maladies des voies digestives : et, à part ces atteintes indirectes, les affections primitives, essentielles des organes encéphaliques ont aussi, dans le jeune âge, le triste privilége d'une grande fréquence. Si les connaissances physiologiques, anatomiques et pathologiques sur les centres de l'innervation sont loin d'avoir devancé les autres parties de la science dans la médecine des adultes, il en est d'autant plus ainsi, relativement à celle des enfants, bien davantage arriérée. On ne peut nier, cependant, que cette partie de l'art de guérir n'ait généralement fait, surtout en ces derniers temps,

de grands progrès. C'est sous les noms d'hydrocéphale aiguë, de fièvre cérébrale et de méningo-encéphalique qu'ont été plus particulièrement confondues entre elles et décrites (en ce qui concerne l'enfance) la plupart des affections cérébrales; c'est aussi plus spécialement dans le chapitre portant ces dénominations que nous nous occuperons de ces maladies. Parmi les lésions organiques qui s'y rapportent, il faut noter l'hydrocéphalie, les ramollissements de la substance cérébrale, son injection, ainsi que celle des méninges; l'opacité de celles-ci, les exsudations plastiques, les tubercules, les hydatides, etc.... Parmi les symptômes, se remarquent, outre ceux appartenant aux méningites et aux encéphalites, ceux qui ne sont que l'expression d'un trouble direct ou sympathique, d'un premier degré d'irritation de l'encéphale; ceux, enfin, qui se rattachent à une lésion bien évidente du matériel de l'organe, ou à rien d'apparent; telles peuvent être certaines contractures, la danse de Saint-Guy, l'idiotisme, certaines convulsions épileptiformes, etc.

L'hémorragie cérébrale est extrêmement rare dans l'enfance; M. Guersent, dans ses vingt années de pratique, soit en ville, soit à l'hôpital, n'en a observé, à cet âge, que deux cas. (*Gazette médicale,* 1833, clinique de l'hôpital des Enfants.) Nous entendons par hémorragie cérébrale l'apoplexie, et telle que l'a si bien décrite M. Rochoux. On trouvera parmi nos observations un cas d'hémorragie cérébrale par cause externe (chute, fracture du crâne, déchirure de la substance cé-

rébrale, épanchement sanguin). En pareille circonstance, les symptômes apoplectiques s'unissent et se combinent à ceux de l'encéphalite.

Les affections rhumatismales sont aussi très rares chez les jeunes sujets, à peine les rencontre-t-on quelquefois aux approches de la puberté, et leurs atteintes sont alors bien moins communes encore qu'aux autres époques de la vie. La péricardite, maladie souvent obscure avant l'autopsie, très rare, du reste, en tant que maladie primitive, vient aussi quelquefois compliquer chez eux les affections rhumatiques. Dans quatre cas de rhumatismes suraigus, M. Baudelocque, au rapport de la *Gazette médicale*, l'a observée trois fois en 1833.

Les enfants sont plus sujets à la rougeole et à la scarlatine que les adultes; mais le danger de ces fièvres éruptives est, en général, moins grand chez eux. La rougeole s'accompagne presque toujours de bronchite, et cette complication est souvent le point de départ d'affections graves du poumon. La scarlatine s'accompagne non moins souvent d'angine (*scarlatina anginosa*, Bateman), stomatite, angine si remarquables par la teinte vineuse de la bouche et le hérissement des papilles linguales : elle est fréquemment aussi la cause occasionelle de phlegmasies plus ou moins manifestes ou sourdes du côté du poumon et des bronches. Dans la scarlatine, le début a lieu presque toujours par un mal de gorge violent, et souvent par du délire, ou des symptômes nerveux, qui ne se rencontrent pas ou sont rares dans la rou-

geole. La fièvre et la chaleur de la scarlatine sont incomparablement plus intenses. Dans la rougeole, les phénomènes de catarrhe ou de phlegmasie pulmonaire sont constants. C'est à la suite du catarrhe rubéolique, et non à la suite de l'angine scarlatineuse, que les coqueluches opiniâtres attaquent les enfants, et que la phthisie les emporte. La couche, comme pseudo-membraneuse, qui recouvre la base de la langue des scarlatineux, n'est jamais aussi prononcée dans les graves rougeoles que dans les plus légères scarlatines.

L'œdème qui, dans un assez grand nombre de cas, suit la scarlatine, n'en est pas une des conséquences les moins graves; l'extension de cette maladie subintrante est quelquefois telle, que l'on voit le ventre et la poitrine se remplir d'eau. Les recherches de quelques médecins étrangers (Wels, Blackall, et surtout Hamilton d'Édimbourg, qui a observé et décrit une épidémie de scarlatine) tendraient à prouver que les enfants ne sont pas d'ailleurs exempts de la maladie décrite par Bright, et que l'œdème et l'ascite, suites assez fréquentes de l'exanthème dont il vient d'être question, ne tiennent pas toujours à un transport de l'irritation vers la séreuse péritonéale et le tissu aréolaire sous-dermoïde, mais qu'ils sont aussi, avec les urines albumineuses, symptomatiques de l'état granulé du rein.

La variole et ses variétés, ainsi que les fièvres éruptives précédentes, n'atteignent guère que les enfants qui ont au moins passé les dix ou douze

premiers mois, et elle est également plus commune aux alentours de la seconde dentition. Elle sévit, du reste, dès lors presque avec une égale fréquence et une pareille gravité à toutes les époques de la vie, la vieillesse exceptée, surtout pendant les circonstances épidémiques, et quand a été négligée l'heureuse influence de la vaccine. La variole, qui trop souvent se manifeste vers la fin d'une maladie dont l'issue est encore tout à la fois incertaine et dangereuse, est presque sûrement mortelle ; elle tue même avant que son évolution soit complète. Relativement au mode de développement des pustules, il est une circonstance à noter, c'est que celles-ci, dans le cas de variole confluente, peuvent être produites d'une manière successive, de telle sorte que des éruptions partielles se succèdent à certains intervalles, et de façon que la dernière fournée, pour ainsi dire, n'arrive que quand les premières sont déjà avancées dans leur cours. Favorable circonstance, en ce que la force de résistance des malades leur permet plutôt de soutenir ces atteintes répétées et moins intenses du mal, que de supporter son unique et plus puissante impulsion.

On donne le nom de scrofules aux irritations et inflammations des ganglions et vaisseaux lymphatiques, inflammations rarement aiguës, ordinairement chroniques, presque toujours obscures, le plus ordinairement avec dégénérescence tuberculeuse consécutive, et l'on a étendu cette dénomination aux états semblables des parties où l'existence de ces vaisseaux et ganglions est douteuse,

mais leur absence non prouvée. Les scrofules ne sont, selon Hugon, que des phthisies simultanées de la plupart des tissus organiques, qui procèdent de l'exaspération du tempérament lymphatique. Les glandes lymphatiques superficielles semblent habituellement les plus susceptibles de recevoir l'action primitive de la cause de cette maladie, et, si d'autres parties en sont affectées, c'est plutôt d'une manière subséquente. La plupart des auteurs qui se sont occupés de ces affections se sont attachés à dépeindre avec soin la constitution et l'apparence des individus qui y sont disposés : les descriptions pittoresques de M. Alibert, à cet égard, sont connues de tout le monde. Les scrofules se compliquent souvent de rachitis, ou plutôt les ramollissements, les courbures, les déviations et les caries des os qui constituent cette dernière maladie, cette altération dans la texture, dans la nutrition du tissu osseux, ce manque de phosphate calcaire, sont des suites de l'altération des glandes absorbantes, sont des résultats de l'atteinte que cette altération a portée à la nutrition en général. C'est après la première dentition, vers l'époque de la seconde, particulièrement depuis l'âge de trois ans jusqu'à sept, quelquefois un peu plus tôt et souvent jusque vers l'âge de la puberté, que les maladies scrofuleuses sont plus communes. Ces affections sont rares chez les adultes, du moins chez les hommes, et la vieillesse en semble à l'abri. Cependant M. Alibert les a rencontrées chez des septuagénaires; mais ce sont là des cas exceptionnels, et M. Alibert l'avoue lui-même, quand il dit que

ce sont les effets de la dentition qui font éclore ce mal, et ceux de la puberté qui le font évanouir.

Les scrofules ne peuvent se communiquer d'un individu à un autre, ni par inoculation, ni par infection. Ce à quoi on donne le nom de *diathèse* ou *vice scrofuleux* n'est, le plus souvent, que la spécialité individuelle.

Les scrofules, ainsi que beaucoup d'autres affections, peuvent être considérées comme héréditaires, mais dans ce sens seulement que chaque espèce de tempérament, chaque mauvaise disposition organique est susceptible de se transmettre plus ou moins complètement des parents aux enfants.

L'air froid, humide, impur, les lieux bas, mal exposés, la mauvaise alimentation, l'encombrement, telles paraissent être les conditions générales les plus favorables au développement et aux progrès de ces maladies. J. Hunter fait remarquer, en effet, qu'en Angleterre la tendance aux scrofules provient de la nature du climat. C'est aussi aux circonstances que nous venons d'énumérer, à la réunion de circonstances analogues plus détaillées, que M. le docteur A. Baudelocque attribue, dans l'excellente monographie qu'il publia en 1833 (1), l'origine et l'extension des affections strumeuses.

---

(1) *Mémoire sur le traitement de la maladie scrofuleuse*, ou *Compte rendu des moyens en usage et des résultats obtenus à l'hôpital des Enfants.*

W. Hunter prétend que les maladies vénériennes, que les rhumes, que la rougeole, que la petite-vérole prédisposent aux scrofules. C'est peut-être d'après quelques unes de ces idées que la vaccine a été signalée également comme un préservatif de cette dernière maladie. Les causes indiquées par Hunter n'agissent-elles que par la débilitation constitutionnelle qu'elles occasionent, que par l'insalubrité du séjour dans les hôpitaux qu'elles nécessitent? C'est très probable.

Les scrofules peuvent se lier avec les affections morbides, provenant, soit de cause externe, soit de cause interne, et leur donner le cachet de leur influence générale sur la constitution. C'est ainsi que l'on peut expliquer la diversité de siéges et d'aspects attribuée à l'affection scrofuleuse.

Les préceptes bien entendus de l'hygiène relativement aux *ingesta*, les changements d'habitation, de climats, et les préparations d'iode, encore remises en vogue dans ces derniers temps par M. Lugol...., paraissent, en résumé, les moyens les plus efficaces contre les affections strumeuses. Mais nous nous étendrons de nouveau sur ce sujet, plus loin, dans le chapitre où nous nous occuperons de la dégénérescence tuberculeuse.

Si nous n'avons, du reste, que peu insisté sur la plupart des maladies que nous avons, jusqu'à présent, passées en revue, c'est que nous nous proposons de revenir sur plusieurs d'entre elles, soit dans le courant de cet ouvrage, soit à la table analytique et aux annotations qui s'y trouvent placées; c'est que de nombreuses publications ont pris

pour texte, surtout, celles que nous nous contentons d'examiner plus rapidement; et c'est enfin parce que nous avons voulu éviter de reproduire de trop faciles, longs, fastidieux et inutiles détails, maintes fois déjà représentés et formulés de la même manière et d'une façon presque banale, sur des maladies bien connues. On trouvera, d'ailleurs, non seulement dans une foule d'excellentes Monographies, telles que celle de M. Blache sur la coqueluche, celles de MM. Fourquet et Trousseau sur le croup, celle de M. Veron sur le muguet..., etc., et tant d'autres, mais encore dans les ouvrages de Billard et de M. Denis de Commercy (à la suite desquels nous nous rangeons par la direction de notre travail), des descriptions *ex professo*, didactiques même, sur les sujets qui ne sembleront pas assez traités à fond dans ce livre. Ce n'est, en effet, que sur les particularités que présentent plusieurs des précédentes maladies, envisagées dans les différentes phases ou périodes de l'enfance; que sur les dissemblances, les modifications qu'elles offrent aux époques qui suivent celle qu'a plus particulièrement embrassée Billard, que portent surtout les observations et les remarques qui font la substance principale de nos premier et avant-dernier chapitres.

C'est sur les parties de la pathologie des enfants qui nous ont paru, non pas encore, pour ainsi dire, incultes, mais les moins achevées, les moins éclairées, ou les moins au niveau des connaissances actuelles, et enfin les moins en rapport avec les changements amenés par les différences d'âge,

qu'ont principalement porté les recherches qui suivent cette sorte d'introduction. Ces recherches, ces études ne se sont pas d'ailleurs adressées à un objet sans importance, ne se sont pas étendues sur des matières vagues ou stériles, car elles concernent la plupart des maladies viscérales des trois cavités splanchniques.

Le précédent examen peut encore servir à démontrer ou rappeler l'opportunité, sous les rapports physiologiques et nosographiques, des distinctions entre les âges. Il en découle, en effet, que telles évolutions organiques sont actives à telle époque de la vie, nulles ou rudimentaires à telle autre; que le jeune enfant n'exprime pas sa souffrance comme l'enfant plus âgé, qu'il ne souffre même pas le plus souvent de la même manière ou des mêmes maux que lui; que ce dernier enfin est sujet à des affections sinon tout à fait spéciales, du moins modifiées, ou formant exception, soit antérieurement, soit dans la suite.

L'enfance s'étend depuis la naissance jusqu'à la puberté (1). Quelques auteurs, à l'exemple d'Hippocrate, ont divisé en plusieurs parties cette première phase de la vie. Hallé la partage en première et seconde enfance; l'une, comprenant les deux dentitions, s'étendant de la naissance à l'âge de sept ans; l'autre, commençant vers la septième année et se terminant aux premiers signes de la puberté. Une distinction qui nous semble mieux appropriée

---

(1) Voir, au chapitre VII, le mot *Puberté*.

à la pathologie de l'enfance, et que nous adoptons, consiste à séparer cette époque en deux périodes, l'une datant de la naissance et finissant vers le terme de la première année, vers le dixième ou le quatorzième mois, vers le commencement de la première dentition ; l'autre, partant de là, pour atteindre la douzième, ou au plus la quatorzième année. Dans le premier laps de temps, se distinguent, en effet, des phénomènes morbides dépendant de l'accouchement, du changement de vie, des impressions des modificateurs du dehors sur des organes et des fonctions d'organes rudimentaires; se remarquent enfin des particularités évidentes et qui méritent d'être étudiées à part (1).

La deuxième période, dont le terme est fixé vers l'époque dont les premiers signes de la puberté forment, en quelque sorte, le signal, vers l'époque où s'effacent modifications et nuances physiologiques et pathologiques, où la pathologie des enfants cesse d'être une spécialité; cette période, disons-nous, offre aussi de nombreux caractères spéciaux, et renferme l'intervalle compris entre les deux dentitions, le plus riche en ce sens (2).

---

(1) Voir, pour les maladies de la première enfance, les ouvrages de MM. Billard et Denis de Commercy.

(2) Cette période forme ce que nous appellerons le second âge de l'enfance; ainsi l'on sera bien fixé sur le sens que nous attachons aux dénominations d'*enfants du premier âge* et d'*enfants du second âge*, ou même de *première* et de *seconde* enfance.

On pourrait encore se contenter d'intercaler une subdivision parmi les dispositions de Hallé. On distinguerait alors trois époques ou périodes dans l'enfance, désignées sous les noms de premier, deuxième et troisième âge, ou de première, deuxième ou troisième enfance : l'un, commençant à la naissance et se terminant vers la fin de la première année (première dentition); les deux autres, constitués ainsi qu'il a été dit; mais ce mode de division nous paraît plus arbitraire et moins *pratique* que le précédent.

Les modifications que subit l'irritabilité, sa répartition inégale et inconstante, les évolutions plus ou moins laborieuses, les prédominances organiques..., telles sont les causes principales et probables de la plupart des maladies chez les enfants et des particularités qu'elles présentent. Les puissances vitales, les éléments, les rouages de l'organisme agissent, ou se développent activement chez eux; les organes et les fonctions d'organes ont alors tout à la fois à s'occuper d'entretien de conservation et de progrès : le surcroît d'exigences fonctionnelles et organiques augmente les chances de trouble, de dérangements.

Un rôle important et presque exclusif a surtout été attribué aux prédominances organiques dans la pathogénie des affections de l'enfance; mais il règne peu d'accord tant sur la manière dont elles doivent être envisagées qu'à l'égard de la prééminence relative de chacune d'elles. Cette prédominance appartient au cerveau selon quelques auteurs, aux organes digestifs selon quelques autres; c'est

le système nerveux qui est le plus influent, au dire de plusieurs; ou c'est le système circulatoire, ou celui des vaisseaux lymphatiques, suivant un non moins grand nombre. Les conséquences de ces manières de voir différentes sont d'admettre exclusivement ou presque exclusivement les maladies des organes prédominants.

Alphonse Leroy, partisan de l'opinion de Sthahl et d'Hoffmann sur la constitution des enfants, voit dans la tête le siége de toutes les maladies aiguës... Etmüller trouve la source des maladies du jeune âge dans l'état de langueur des organes digestifs... Gardien prescrit les toniques, afin d'augmenter l'action des glandes et des vaisseaux lymphatiques... D'autre part, les maladies de l'enfance ont été considérées comme différant entièrement de celles des autres âges. Harvé et Armstrong prétendent que les enfants ne sont pas sujets au nombre des maladies aiguës et chroniques des adultes; et l'on sait l'importance presque exclusive qui fut accordée aux maladies vermineuses.

Les prédominances organiques, les tempéraments, les spécialités individuelles, en tant qu'entraînant des modifications assez importantes pour décider de la propension à telles ou telles maladies, ne sont pas plus chez les enfants que chez les adultes, toujours identiques, toujours les mêmes.

Quant aux symptômes érigés en maladies, et aux causes imaginaires qui ont servi à l'édification de mainte théorie, le moindre inconvénient qui a pu en résulter, et sans parler des conséquences thérapeutiques bien autrement graves, a été de di-

versifier à l'infini les individualités morbides, de confondre entre elles des maladies étrangères par leurs causes, par leur siége, par leur nature, et d'en séparer de semblables.

Néanmoins, chaque système n'étant pas dépourvu de toute vérité, il faut se garder de rejeter toute opinion d'une manière subite, absolue et sans examen; se rappeler qu'il n'est d'éclectisme profitable, vrai, philosophique, que celui qui se révèle par l'exploration et l'appréciation impartiale et incessante des doctrines et des faits. On peut dire de celui-ci qu'il est une méthode d'observation raisonnée, et une observation raisonnée des méthodes.

L'observation et le raisonnement sont les moyens pour arriver à la découverte de la vérité, but que l'on se propose dans la culture de toutes les sciences. La méthode d'étudier la nature consistant dans l'application des sens, l'analyse des sensations, la déduction des conséquences, les théories ne devraient être que l'*expression*, la *généralisation* des faits; parce que, du contrôle de l'action réciproque des moyens d'investigation dont il est parlé, résultent seulement des principes solides et rigoureux; que sans ces conditions l'erreur est facile, le doute et la controverse toujours possibles.

L'imperfection des sens rendant parfois l'observation incomplète ou impossible, la science resterait stationnaire, inamovible, si l'esprit humain ne pouvait s'éclairer que de leur application directe, si d'autres voies ne lui étaient ouvertes par l'induction. Avec ce flambeau et se guidant à l'aide

de faits connus, comme au moyen de jalons, pour arriver à la connaissance de ceux qui ne le sont pas, il s'avance et pénètre là où l'observation s'arrêtait.

Les résultats ainsi obtenus, amenés, par l'analogie, contrôlés par elle et par l'expérience, fondés sur la certitude provenant de l'induction, sont encore le produit de l'observation et du raisonnement. Cependant, comme moins les faits sont distants les uns des autres, plus, pour ainsi dire, la chaîne des déductions est serrée et forte; plus ils sont nombreux et patents, plus les principes qui en découlent le sont aussi, plus ils sont à la portée de toutes les vérifications, prêtent d'étendue et de solidité aux bases de la science : il faut s'attacher à leur recherche, les admettre tous, même ceux qui sembleraient impliquer contradiction à d'autres précédents.

Les phénomènes fonctionnels morbides de l'organisme, quoiqu'astreints à une certaine uniformité, ne sont pas, en effet, circonscrits dans un cercle de régularité si étroit et si limité, qu'ils ne puissent subir quelques modifications, soit dans leur nombre, soit dans leur ordre, soit dans leur forme. L'appréciation de telles circonstances est d'autant plus importante, que les dissidences entre les théories proviennent souvent du défaut contraire. Une certaine conformité, un certain rapport dans les détails semble, il est vrai, donner à une œuvre, en quelque sorte, un *fini*, un *air d'achèvement* qui a ses séductions, mais dont le mérite ne consiste pas toujours dans la *non-élimina-*

tion des cas gênants, des cas exceptionnels : et cependant des principes théoriques, bien qu'exprimant les faits les plus nombreux, les plus ordinaires, doivent aussi contenir ceux en minorité, et prévoir toutes les particularités, le travail dût-il perdre en attrait ce qu'il gagnera en précision et en vérité. Un écueil encore à éviter est d'édifier sur les cas les moins généraux, de placer la règle où se trouve l'exception.

Dira-t-on que revenir sur des choses déjà établies, que chercher à détruire telle espèce de régularité nosologique résultant de la prétendue coïncidence immuable de tels caractères physiologiques avec tels caractères anatomiques, est s'opposer à l'ordre, à la méthode, est empêcher une science de se clore, de devenir exacte? Mais c'est bien plutôt la servir que de rompre toute harmonie factice, que de ne point admettre ce que dément une observation large et non spéculative.

CHAPITRE II.

AFFECTIONS DE L'APPAREIL CÉRÉBRO-SPINAL.

Des affections encéphalo-méningées (méningite, encéphalite, méningo-encéphalite, hydrocéphale aiguë, fièvre, irritation cérébrales, convulsions, etc.) *considérées sous le rapport de leur nature, de leur siége, de leurs phénomènes, de leur durée, de leurs suites, de leur traitement, de l'identité ou des variétés de leurs symptômes et de leurs lésions*, etc.

Quoique la maladie, diversement désignée sous les noms d'*hydrocéphale aiguë*, de *fièvre cérébrale*, de *méningo-encéphalite des enfants*, etc., ne soit pas encore, pour ainsi dire, de vieille date; que son inscription, dans les cadres nosographiques, ne remonte guère qu'au temps des recherches modernes des médecins anglais et de ceux de Genève, déjà une foule de publications ont pris pour texte un semblable sujet.

De nos jours, c'est presque généralement à la doctrine de l'irritation que l'on rattache ce que l'on sait sur la cause prochaine et la nature de

cette affection : mais il s'en faut que l'on soit aussi d'accord, relativement à la désignation du siége anatomique de la lésion qui la constitue.

Ce siége, beaucoup d'anatomo-pathologistes l'indiquent et le fixent ; mais la plupart le font diversement. C'est dans la membrane séreuse qui revêt les ventricules cérébraux que réside, suivant plusieurs, l'irritation plus ou moins voisine de l'inflammation, ou la phlegmasie elle-même, constitutive de l'état morbide dont il est question : son siége est dans les membranes de la base, suivant d'autres; dans celles de la convexité, suivant ceux-ci ; borné à la substance cérébrale des parois ventriculaires, suivant plusieurs. La phlegmasie, enfin, suivant quelques uns, s'étendrait tout à la fois au cerveau et à ses enveloppes. Chacun rapporte des faits en faveur de son opinion......; il en est, en effet, pour tous; et de telle sorte même, qu'une assertion ne détruit pas l'autre, et que, si l'on oppose les uns aux autres ces avis et documents divers, on trouve, en résumé, que leurs auteurs tendent collectivement à mettre hors de doute une conséquence en opposition directe avec les conclusions que chacun d'eux avait prises en particulier, savoir : *Que des caractères anatomiques variables peuvent se rencontrer à la suite du groupe des symptômes dits hydrencéphaliques.*

Le degré de fréquence des lésions que démontre l'anatomie pathologique n'est, certes, pas le même pour toutes. L'épanchement dans les sinus du cerveau, le ramollissement du septum médian, l'épaississement, l'opacité, l'infiltration des mem-

branes de la base, sont les traces cadavériques les plus communes; mais ces altérations organiques ne sont pas les seules que l'on découvre après l'affection, ou plutôt après les affections qui nous occupent. L'injection des vaisseaux de la superficie des hémisphères cérébraux (1), l'infiltration, l'opacité, les exsudations plastiques des enveloppes de la convexité, la rougeur, le ramollissement de la substance cérébrale...., etc., existant seuls ou en même temps qu'une ou plusieurs des lésions précédentes, se rencontrent fréquemment encore (2); ce qui, du reste, n'avait pas échappé aux premiers observateurs (3).

En effet, parmi les caractères anatomiques assignés à l'*hydrocéphale aiguë* par Whytt, Fothergill, Watson, Percival, Ludwig, il est fait mention d'une multitude de points rouges apparaissant à la surface des tranches de la substance cérébrale incisée. Quin, dans l'ouvrage qu'il publia en 1779, sur le même sujet, considère l'hydrocéphale interne comme provenant d'*une accu-*

(1) En détachant avec soin toutes les membranes de la superficie du cerveau, et en arrosant d'eau chaude la convexité des hémisphères, on y remarque, parfois alors, une rougeur comme érysipélateuse plus ou moins étendue.

(2) Voir les observations à la fin de cet ouvrage, depuis la 16e jusqu'à la 50e.

(3) M. le docteur Baron admet aussi, à la suite de la *fièvre hydrocéphalique*, la possibilité de diverses lésions anatomiques.

mulation morbide du sang dans les vaisseaux du cerveau. John Cheyne a observé aussi la réplétion des vaisseaux sanguins de la tête chez des sujets morts d'hydrocéphale aiguë. MM. Billard, Bricheteau ont parlé de turgescence, d'hypertrophie du cerveau.

Le fait d'une congestion cérébrale est, certes, plus que suffisant pour expliquer la production des symptômes cérébraux, puisque, le plus souvent, l'encéphalite est mortelle avant que la suppuration ne s'établisse; mais cet état morbide, qu'il soit le résultat de l'irritation, ou qu'il provienne d'une cause purement mécanique, d'une gêne apportée au cours du sang dans le cerveau ou les membranes, peut encore fournir une solution satisfaisante au problème de l'épanchement.

Les expériences de M. Magendie sur l'exhalation que l'on peut comparer, d'après ce physiologiste, à une sorte d'exsudation, de transsudation, peuvent être rappelées à ce propos; car cet expérimentateur a prouvé que la pression que supporte le sang dans les vaisseaux influe activement sur ce mode de sécrétion.

Il n'est donc pas besoin qu'une congestion soit active pour qu'un épanchement aqueux en soit la conséquence : la gêne de la circulation, la stase du sang, un obstacle mécanique apporté à son cours suffisent pour en assurer la production. Haller a vu la compression des veines jugulaires être suivie d'une *apoplexie séreuse*, d'assoupissement, etc. Morgagni assure que la compression

de la veine-cave supérieure, par un poumon enflammé, peut amener un épanchement séreux dans le cerveau. Suivant ces deux célèbres pathologistes, de semblables épanchements seraient assez ordinaires après les longues agonies. Sans énumérer plus longuement d'autres observations analogues, notamment celles d'ascites résultant d'obstructions de troncs veineux, rapportées par MM. Ancelin et Bouillaud, nous dirons que maintes fois, en examinant les cadavres d'individus chez lesquels s'était prolongé le râle des agonisants, et bien qu'ils aient succombé à des maladies étrangères aux centres nerveux, nous avons aussi trouvé de la sérosité épanchée dans les cavités du cerveau; la quantité en était même parfois assez notable, et bien que, pendant la vie, aucun symptôme cérébral ne se soit manifesté (1).

Les faits semblables ne sont pas très rares, et peuvent servir d'argument contre la nécessité de l'épanchement dans la fièvre cérébrale.

Cette dernière opinion, attribuée à Quin, a compté de nombreux partisans. Le docteur Mathey, de Genève, s'en montre l'adversaire. Après avoir insisté sur la difficulté d'établir un diagnostic assuré sur la nature du désordre, sur l'époque de l'épanchement, celle de la mort du malade, il soutient que l'épanchement ne doit pas être regardé comme la cause première ou ef-

(1) Voir, parmi nos observations, celles étrangères aux maladies de la tête.

ficiente de la maladie, mais comme l'*effet* qui n'est pas toujours *nécessairement* produit, puisqu'on a trouvé souvent les ventricules cérébraux dans un état complet de vacuité, quoique, pendant la vie des malades, *les symptômes eussent fait présager l'épanchement*. Ces idées ont été en partie reproduites dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, et c'est dans les vaisseaux blancs du cerveau que M. Itard place le siége de l'irritation, d'où résulte l'action augmentée des exhalants. Cette opinion est aussi celle du docteur Coindet; mais c'est à Whytt, auteur du premier mémoire sur l'hydrocéphale aiguë, que doit être rapportée toute priorité à l'égard de cette théorie. Coindet, tout en admettant la constance de l'épanchement dans les ventricules cérébraux et dans le canal rachidien, avoue que la compression exercée sur le cerveau par l'épanchement ne suffit pas pour expliquer les symptômes de la maladie. Dance, dans son mémoire sur l'hydrocéphale aiguë chez l'adulte, rapporte des observations dans lesquelles on voit coïncider des symptômes *hydrocéphaliques* avec un faible épanchement, ou même avec son absence complète dans les cavités cérébrales. Des faits semblables sont relatés dans l'ouvrage de M. Charpentier : nous en avons consigné quelques uns à la fin de cet ouvrage. (Observations 16, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 32, 34.)

C'est avec beaucoup de fondement que l'on a compté, parmi les causes déterminantes de l'hydrocéphale interne, les tubercules, les kystes, les hy-

datides, les tumeurs encéphaloïdes, qu'il n'est pas très rare, d'ailleurs, de trouver dans la cavité crânienne, particulièrement chez les enfants. On conçoit, en effet, comment ces productions accidentelles, suscitant et fomentant par leur présence une inflammation dans les membranes et la substance du cerveau, peuvent déterminer la manifestation de phénomènes cérébraux. Mais parmi les produits divers que l'on trouve dans le crâne, il en est quelques uns qui paraissent bien plutôt devoir être considérés comme effet que comme cause de *méningo-encéphalite*. Telles sont les granulations que l'on remarque parfois à la surface des membranes du cerveau, tout à fait comparables aux granulations sous-pleurales que l'on rencontre à la suite de quelques pleurésies. Ces corpuscules se trouvent disséminés vers différents points de la périphérie du cerveau, et existent en plus grande abondance vers la convexité des hémisphères (obs. 20, 26); elles siègent dans le tissu sous-arachnoïdien, font saillie à la surface interne de l'arachnoïde et adhèrent à cette membrane, de telle sorte qu'on pourrait les croire incrustées dans son tissu. Elles ne semblent être autre chose que les glandes de Pacchioni hypertrophiées, et parfois même *dégénérées* en tubercules. Dance, dans son mémoire déjà cité, rapporte deux ou trois observations, dans lesquelles il est fait mention de productions semblables, qu'il rapproche des granulations du poumon. L'analogie nous paraît grande aussi, et d'autant que nous envisa-

geons (1) d'une manière particulière les granulations de Bayle (2).

---

(1) Voir au chapitre 6.

(2) Bien que notre travail sur les affections cérébrales, chez les enfants, ait été généralement revu et corrigé, tout le paragraphe qui précède subsiste tel que nous l'avons publié vers le mois de février 1834 (*Considérations sur l'hydrocéphale aiguë*, etc.). Cette même partie se liait avec nos recherches précédentes (publiées dès le commencement de 1830) *sur la dégénérescence tuberculeuse*, sur la nature, le développement, l'extension de ce genre d'altération et ses rapports avec la maladie scrophuleuse. La possibilité de la rencontre dans le crâne de tubercules ou de granulations, à la suite de l'hydrocéphale aiguë ou méningo-encéphalite, etc., n'est, d'ailleurs, ni chose douteuse, ni chose nouvelle ; mais il est certain aussi (et de nombreux faits et de nombreuses citations peuvent servir à l'attester) que, tantôt causes, tantôt effets, ces produits ne constituent pas les seules lésions anatomiques que l'on trouve après la maladie ou les maladies auxquelles on a appliqué ces désignations ; et il n'est pas moins certain, non plus, que de jeunes sujets ont succombé et succombent journellement aux maladies dont il est question, sans offrir ni avoir jamais offert, avant ou après leur mort, le moindre indice d'affection scrophuleuse.

Nous faisons et plaçons ici ces réflexions, parce que des assertions contraires ont été récemment reproduites, ainsi que quelques autres propositions, sur la prétendue apyrexie et l'absence de toute trace de phlogose dans la *fièvre cérébrale*, méningite, encéphalite ou hydrocéphale aiguë : propositions auxquelles nous n'avons d'autres objections à opposer que celles que nous présentons ici de nouveau à la suite de l'examen et de la discussion des opinions des auteurs qui les avaient précédemment émises.

Ces corpuscules multiples ne sont pas les seules traces de phlegmasie qui s'offrent à la convexité des hémisphères cérébraux (obs. 17, 18, 19, 20, 25, 30, 31) : l'infiltration, l'opacité des méninges, la production de matières plastiques, de pseudo-membranes, d'adhérences, etc., ont été maintes fois également signalées vers cette région; et ces résultats bien constants prouvent que c'est à tort que MM. Parent et Martinet font consister uniquement l'hydrocéphale aiguë dans l'inflammation de l'arachnoïde de la base. C'est sans plus de fondement, que pareille opinion a été reproduite par M. Senn, dans l'ouvrage duquel, d'ailleurs, bon nombre d'observations contredisent l'assertion.

Le docteur Coindet, de Genève, envisage *cette maladie* comme le résultat d'une inflammation bornée à la substance cérébrale des parois ventriculaires, ou qui, *peut-être, s'étend à la membrane qui les tapisse.* Dance définit l'*hydrocéphale aiguë* une inflammation siégeant primitivement, et quelquefois secondairement dans les ventricules cérébraux, *dans leur membrane interne et la couche de substance cérébrale subjacente*; donnant lieu à un épanchement séreux plus ou moins considérable dans ces cavités; plus tard, à un ramollissement plus ou moins étendu de leurs parois; se compliquant fréquemment de méningite, surtout à la base du cerveau, et produisant une forme de symptômes différente, en général, de celle de toute autre maladie cérébrale. Ce qu'*elle doit en partie à son siége particulier, et*

surtout à l'épanchement qu'elle détermine : plusieurs faits rapportés par ce médecin peuvent servir à prouver l'existence de la membrane qui tapisse les ventricules du cerveau, et la coïncidence possible de sa phlegmasie *dans l'hydrocéphale aiguë* (1), mais n'établissent nullement la nécessité de l'inflammation de la membrane ventriculaire dans cette affection complexe; car il est très positif que dans des cas nombreux, que dans les plus nombreux même, nul indice de l'état morbide de cette membrane ne se découvre à l'ouverture, bien que la maladie encéphalique ait évidemment existé. (Obs. 16, 21, etc.)

Rob, Whytt, Fothergill, Watson, Percival, Ludwig, qui, les premiers, ont écrit sur l'hydrocéphalie, n'ont pas manqué de signaler, parmi d'autres altérations organiques, le ramollissement des parois des ventricules du cerveau : ce ramollissement partiel est, en effet, très commun, et n'a échappé presqu'à aucune description (obs. 19, 20, 22, 26, 32, 49, etc.); cependant il n'est pas immanquable non plus, beaucoup d'observations déjà publiées en font foi, et quelques unes rapportées ici viennent encore à l'appui de cette vérité. (Obs. 16, 18, 21, 24, 27, 28.)

Le manque de cohésion de la substance cérébrale, assez souvent limité au trigone et au septum médian, existe souvent ailleurs, même à l'exclusion des parties centrales du cerveau, demeurées fermes et intactes. (Obs. 24, 16, 50.)

---

(1) Voir aussi nos observations 17 et 37.

Les caractères physiques du ramollissement *hydrocéphalique* ne sont pas toujours les mêmes ; il n'a pas constamment une *apparence crémeuse* et n'est pas toujours d'un blanc mat, ainsi que le dépeignent la plupart des nosographes. Moins absolument encore se présente-t-il *coloré*, quoique l'avis contraire compte quelques partisans, notamment M. Charpentier, qui soutient que la pulpe cérébrale ramollie, dans la maladie qu'il nomme méningo-encéphalite, est jaune, grise ou rose. Néanmoins, l'existence du ramollissement avec teinte rosée, jaunâtre, avec injection, dans les maladies comprises sous la dénomination d'hydrocéphale aiguë, demeure un fait bien avéré. (Obs. 19, 24, 30, 23, 50.)

Les travaux de MM. Lallemand et Rostan sur le ramollissement du cerveau, ceux de MM. Cruveilhier et Louis sur le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, ont fixé l'attention sur ces altérations organiques devenues moins rares à mesure qu'on les a recherchées et étudiées davantage, devenues moins obscures depuis que l'on s'est appliqué à saisir les circonstances sous l'influence desquelles elles se développent.

Lors de la production de cette modification dans la cohésion des parties organisées, les causes que l'on voit le plus souvent agir, les symptômes que l'on voit apparaître, le traitement que l'on reconnaît le mieux réussir, sont autant de preuves qui viennent attester la nature inflammatoire de semblables altérations ; vérité que, dans un certain nombre de cas, l'investigation cadavérique vient confirmer.

Pour le ramollissement cérébral avec coloration rose, infiltration purulente, etc., point de contestation : son origine, toute phlogistique, est généralement reconnue et admise. Quant au ramollissement blanc, celui dans lequel la substance cérébrale molle, blanche, floconneuse, tombe diffluente, entraînée par un léger filet d'eau, il n'en est pas de même. C'est lui, au contraire, que quelques auteurs ont désigné comme non inflammatoire, qu'ils ont considéré comme résultant d'une sorte d'imbibition ou de macération de la pulpe cérébrale en contact avec l'épanchement séreux. De nombreuses observations, sans y comprendre celles qu'on trouvera ici (obs. 22, 25, 30, 31, 18, 21, 41, 44), ont néanmoins démontré que cette sorte de ramollissement ne devait pas être envisagé comme une conséquence de ce dernier (1). Qui ne sait, d'ailleurs, que, dans l'hydrocéphale chronique où l'épanchement est bien autrement abondant et ancien, la substance du cerveau, loin de tomber en déliquium, semble avoir acquis une fermeté toute particulière ? Un premier aperçu fait tout d'abord reculer devant l'idée d'admettre une forme aussi extraordinaire d'altération phlogistique que celle dépourvue d'un des attributs les plus généraux de l'inflammation : la rougeur par injection vasculaire ! Cependant, lors de la pro-

(1) On rencontre fréquemment, en effet, des épanchements ventriculaires plus ou moins faibles ou abondants, avec ou sans ramollissement des parties centrales, et réciproquement.

duction de ce ramollissement, les causes que le plus ordinairement on voit agir, les symptômes que l'on voit apparaître, le traitement que l'on reconnaît être le mieux indiqué, etc....., sont autant de raisons qui militent en faveur de sa nature inflammatoire.

On ne refuse pas de croire à l'existence antérieure d'une bronchite, quand, pendant la vie, s'est manifesté le concours de signes diagnostiques (d'une précision presque mathématique) que l'on sait appartenir à cette affection. On ne refuse pas d'y croire, et lors même que scrutant le cadavre, on ne découvre (ce qui n'est pas très rare) que de la pâleur, une sorte de décoloration, et parfois un ramollissement de la membrane muqueuse des voies aériennes. Le ramollissement blanc et le ramollissement gélatiniforme de la muqueuse des organes digestifs ne sont-ils pas aussi, le plus généralement, considérés comme un résultat de la surexcitation de cette membrane?

A propos de ce ramollissement observé chez les enfants, M. Cruveilhier dit : « Peut-on méconnaître, dans les causes de cette maladie, dans le genre de lésion qui la constitue et dans le traitement qui lui convient, une irritation vive, d'où résulte un afflux répété des liquides blancs destinés sans doute à l'exhalation, mais qui, trouvant une texture trop délicate, distendent, désorganisent les tissus et les pénètrent comme un corps inerte? »

Des arguments fondés sur l'analogie sont plus que des probabilités; car, outre la faculté de re-

connaître l'existence et les attributs extérieurs des corps au moyen des organes sensoriaux, il est encore donné à l'esprit humain d'acquérir, par l'induction, d'autres éléments de certitude.

Cet état particulier de mollesse de la substance cérébrale est occasioné, selon M. Denis (1), par une sécrétion séreuse exhalée interstiellement, qui détruit la cohésion de la pulpe nerveuse, et ce n'est qu'à l'action surexcitante qui s'exerce sur l'encéphale, qu'est dû l'appel des fluides blancs, et par suite un tel ramollissement. Ne peut-on ajouter, afin d'expliquer le manque de rougeur, que les vaisseaux sanguins résistant davantage et plus longtemps à la désorganisation que la pulpe cérébrale, l'absorption du sang qu'ils contiennent s'opère (ne serait-ce qu'au moyen des veines); ce qui rendrait compte du défaut d'épanchement, de l'espèce de retrait de ce dernier, de l'absence de toute injection.

Avant de rien déduire de l'examen précédent des lésions organiques relatives à l'affection ou aux affections qui nous occupent, il convient d'en examiner pareillement les caractères physiologiques, envisagés isolément, ou mis en regard des résultats cadavériques.

Telle est d'abord l'esquisse que Dance trace de l'hydrocéphale aiguë : « Au début, céphalalgie violente accompagnée d'étourdissements et de somnolence, lenteur remarquable du pouls, contrastant avec son accélération démesurée aux appro-

---

(1) Denis de Commercy, *Maladies des enfants nouveau-nés*. 1826.

ches de la mort; absence de phénomènes fébriles au début, en opposition apparente avec les effets probables d'une phlegmasie aiguë occupant le foyer de l'innervation, le centre des sympathies; dilatation et insensibilité des pupilles, portées au plus haut degré dans la dernière période de la maladie; contracture des avant-bras; roideur du cou et même du tronc, imitant parfois la rigidité tétanique (1); enfin, expression de stupidité de la face, en rapport avec l'affaissement et la dégradation des facultés intellectuelles; résolution paralytique des membres, suivies bientôt d'un coma complet et d'un collapsus général. »

Robert Whytt divisait l'hydrocéphale aiguë en trois périodes, d'après l'état du pouls, fréquent et irrégulier dans la première, rare dans la seconde, fréquent et petit dans la troisième. Dance, adoptant ces idées, rattache la lenteur du pouls, dans la seconde période, aux phénomènes de compression du cerveau, attribue son accroissement progressif, puis enfin sa fréquence dans la dernière période, au travail du ramollissement. Il rapporte et invoque à ce propos ce qui se passe après l'hémorragie cérébrale, lorsque les parois du foyer sanguin viennent à s'enflammer, et qu'un ramollissement succède à l'épanchement. S'il en était ainsi, ajoute-t-il, l'appréciation du pouls devrait mériter une certaine importance comme moyen

---

(1) Suivant M. Baron, la rigidité tétanique est particulièrement très fréquente chez les jeunes enfants.

diagnostique, dans l'hydrocéphale aiguë : sa lenteur indiquant un épanchement, sa fréquence un ramollissement. M. Guersent admet aussi la lenteur et l'irrégularité du pouls dans la seconde période des inflammations encéphalo-méningiennes, mais non cependant d'une manière absolue. Selon M. Itard, si le pouls est constamment très rare du moment où l'on présume que l'épanchement se forme, il est tel quelquefois dès le début, ou bien il subit chaque jour de fréquentes aberrations, pendant lesquelles il est fréquent et irrégulier.

Billard se prononce pour la nécessité de l'épanchement et la lenteur du pouls. M. Bricheteau rejette, au contraire, les trois périodes admises par Whytt. Ce médecin n'a guère observé l'irrégularité du pouls que vers la fin de la maladie.

La fréquence du pouls existe toujours dès le début de l'*hydrocéphale aiguë;* presque toutes les opinions sont d'accord sur ce point. Quant à sa lenteur admise, à l'exemple de Whytt, comme preuve du passage de l'affection au second degré, comme signe et conséquence de l'épanchement, sa constance, sa corrélation avec le phénomène précédent, sont loin d'être aussi généralement reconnues. La fréquence continue du pouls pendant le cours de la maladie en question, pendant le cours des phlegmasies encéphalo-méningiennes, semble, au contraire, être son mode le plus ordinaire, sans qu'il soit *absolu;* mode qui comporte encore quelques modifications relativement à la force, au développement et au rhythme des pulsations de l'ar-

tère. Ainsi, dur et serré ou développé dans le principe, sous la double influence débilitante de la maladie et du traitement, le pouls devient petit, mou, faible, sans cesser d'être précipité, et parfois même irrégulier, bien que ce dernier épiphénomène ne se déclare le plus ordinairement que vers la fin de la maladie ou plutôt du malade (1).

M. Maunoir fait remarquer le timbre particulier du cri des enfants affectés d'*hydrocéphale aiguë* (cri hydrocéphalique). Billard, dans son ouvrage sur les maladies des nouveau-nés, Dance, dans le mémoire cité, ont également parlé de ce cri formé par les plaintes, les soupirs et les gémissements arrachés par la douleur. M. Charpentier (2) attribue seulement à la différence d'âge ce qu'offrent d'insolite chez les enfants les cris *hydrocéphaliques*, regardés, à tort, comme caractéristiques.

On trouve dans Underwood que l'hydrocéphale interne est surtout commune entre la deuxième et la dixième année ; que l'observation n'a pas prouvé que les enfants qui ont une grosse tête fussent plus disposés que les autres à l'hydrocéphale interne ; que le pouls devient fréquent à mesure que la ma-

---

(1) Pour apprécier les différents états du pouls, voyez et comparez entre elles nos différentes observations relatives aux affections cérébrales, depuis la seizième jusqu'à la cinquantième.

(2) *De la nature et du traitement de la maladie dite hydrocéphale aiguë* (méningo-encéphalite des enfants). 1829.

ladie s'aggrave; que les malades ne souffrent qu'avec peine la lumière, qu'ils voient les objets doubles, qu'ils ont du délire, etc. Dans la même édition publiée par M. Eusèbe de Salle, avec notes de M. Jadelot, sont recueillies minutieusement les rides et l'expression générale de la face. Le trait oculo-zygomatique est l'indicateur des affections du système cérébro-nerveux; comme les traits nasal et génal signalent celles des voies digestives et des viscères du bas-ventre; comme le trait labial accompagne les maladies du cœur et des voies aériennes. L'apparition simultanée, la réunion ou la complication de plusieurs de ces rides, sont les indices des combinaisons diverses des maladies auxquelles elles appartiennent.

D'après MM. Parent, Martinet et Serres, le délire serait exclusivement produit par la méningite de la convexité. Les symptômes des inflammations de la pulpe cérébrale proprement dite sont surtout marqués, suivant M. Lallemant, par les aberrations des fonctions intellectuelles, tandis que ceux de la méningite offrent plus particulièrement des convulsions avec ou sans délire.

Ce n'est pas l'arachnoïde qui pense, dit M. Rostan (1): et c'est à tort que l'on a prétendu que le délire était un signe de l'arachnitis, car l'inflammation des membranes du cerveau ne le produit qu'en agissant sur ce dernier par sympathie. D'après ce médecin, l'altération de l'intelligence peut

---

(1) Rostan, *Traité du diagnostic*. 1826.

dépendre d'une lésion générale ou circonscrite du cerveau ; mais cet organe étant double, la portion saine peut suppléer à la portion malade, et il peut arriver, dans ce dernier cas, que l'intelligence ne soit pas lésée : d'où il résulte, enfin, que l'altération de l'intelligence, quoique pouvant dépendre d'une lésion circonscrite, ne peut faire distinguer cette lésion. Il n'en est pas de même pour la locomotion.

Selon M. Denis de Commercy, les phlegmasies cérébrales sont communes chez les enfants, moins cependant après la naissance qu'après le sevrage ; leurs causes sont principalement la réaction de l'état inflammatoire de l'estomac et des intestins, la constipation idiopathique, la brusque disparition des exanthèmes cutanés, l'action de la chaleur. Comme symptômes propres à l'encéphalite, il note l'agitation, les convulsions passagères des yeux et de la bouche : ensuite, selon l'altération qui se produit, soit épanchement sanguin, soit ramollissement et suppuration, il se manifeste, par l'effet du premier, de la paralysie et du coma ; enfin, par l'effet des deux autres, de la contracture et du coma. Quoique les convulsions aient été observées dans ces divers cas, on ne peut expliquer pourquoi elles manquent souvent.

L'arachnoïdite cérébrale ventriculaire, toujours selon le même auteur, donne lieu moins à de l'agitation qu'à des convulsions fortes, puis bientôt à du coma : dans ce dernier cas, il y a hydrocéphale aiguë. Dans les affections cérébrales, on remarque ce que M. Denis appelle de l'agitation en-

céphalique. La douleur se manifeste au dehors par des cris, des trémoussements, un air d'anxiété particulier; les traits du visage sont contractés, le visage rougit et pâlit successivement; il passe du froid au chaud, et réciproquement. La fontanelle antérieure bat avec intensité; il y a de l'insomnie, des réveils en sursaut, etc., etc.

Suivant Billard (*Maladies des enfants*, 1828), l'inflammation des méninges donne presque toujours lieu, chez les très jeunes enfants, à l'élévation et *à la fréquence du pouls*. Il y a souvent, en outre, beaucoup d'anxiété et une gêne considérable de la respiration.

Tous les enfants, sur les cadavres desquels M. Cruveilhier a trouvé la substance cérébrale ramollie, ont présenté des signes d'irritation, tandis que, chez les enfants qui n'offraient point cette altération, il n'a observé que des symptômes de compression.

On trouve, dans la même thèse de M. Piquet, sur le ramollissement cérébral, 1828..., que dans ce ramollissement les convulsions manquent souvent; que la douleur n'est pas non plus constante; que la contracture est, avec la paralysie, le meilleur signe du ramollissement qu'elles le précèdent......; enfin, qu'il s'en faut beaucoup que l'intelligence soit toujours anéantie, car bien des maladies conservent leur raison jusqu'au dernier moment.

Dans son *Traité théorique et pratique de l'hydrocéphale aiguë, ou fièvre cérébrale des enfants* (Paris, 1829), M. Bricheteau prétend que l'oscil-

lation et la dilatation des pupilles sont un des indices les moins équivoques de l'hydrocéphale aiguë; que la fixité des yeux et la contraction souvent répétée ou permanente des muscles oculaires sont des signes *très certains* d'un épanchement intérieur. La lenteur et l'irrégularité de la respiration, que l'auteur place au nombre des symptômes qui, par leur rareté, sont dignes de peu d'attention, sont, au contraire, ceux que, d'après MM. Cruveilhier et Guersent, on pourrait considérer comme les plus constants.

M. Charpentier soutient que l'épanchement ne modifie ni la marche, ni les symptômes de la maladie, de manière à révéler sa présence; que la dénomination d'hydrocéphale est, par conséquent, inconvenable et même fâcheuse; que celle de méningo-encéphalite exprime beaucoup mieux une maladie qui n'est autre chose qu'une inflammation combinée du cerveau et des méninges, sans que l'on puisse dire, le plus souvent, par lequel du cerveau ou de ses annexes l'inflammation débute; aucun symptôme pathognomonique ne distinguant, dans l'état aigu, l'une de ces phlegmasies de l'autre (1). Les dissemblances qui existent entre l'hydrocéphale aiguë et la fièvre ataxique, qui, d'après ce médecin, n'est aussi qu'une méningo-encéphalite, tiennent à deux causes : 1° à ce que, dans

(1) M. Baron considère aussi la *fièvre hydrocéphalique* comme étant une méningo-encéphalite, une inflammation diversement combinée, séparée ou réunie du cerveau et de ses enveloppes.

l'hydrocéphale aiguë, la base du cerveau est plus fréquemment enflammée que dans la fièvre ataxique ; 2° l'autre cause, qui est la principale, consiste, toujours selon lui, dans les modifications que l'âge apporte dans la vitalité des organes ; de sorte que la maladie change de forme et non de nature, suivant l'âge des individus.

Selon le même auteur, l'absence du délire, chez les enfants affectés de méningite de la convexité, tient uniquement à l'état dans lequel se trouvent les facultés intellectuelles à leur âge. Son opinion lui paraît d'autant plus probable, que sur cent vingt-cinq observations d'inflammations des méninges rapportées dans les ouvrages de MM. Parent, Martinet et Serres, il n'en est pas une dans laquelle on ait observé du délire avant la huitième année ; et cependant il s'en trouvait treize avec arachnitis de la convexité, chez des sujets qui n'avaient pas atteint cet âge. D'un autre côté, le délire existe chez les individus qui ont passé cet âge, et sans qu'il soit plus particulier à cette inflammation occupant la convexité, qu'à celle qui est bornée à la base et aux ventricules. La fréquence des convulsions et l'assoupissement paraissent, à M. Charpentier, tenir aussi à la différence d'âge. Quant à la dilatation des pupilles, à leurs oscillations, à leur insensibilité...., ces phénomènes dépendent, ainsi que les mouvements convulsifs des globes oculaires, de ce que la base du cerveau est plus fréquemment affectée chez les enfants que chez les adultes, etc.

Sans étendre plus loin ces citations, il s'agit maintenant, en suivant la marche déjà adoptée,

d'examiner plus en détail les opinions les plus saillantes, de les grouper, de les comparer entre elles, de les opposer les unes aux autres et avec les résultats de nos observations, afin de tâcher d'en déduire les conséquences théoriques qui paraîtront les plus précises.

D'abord, quant à la division de la maladie en trois périodes, considérée d'une manière générale, elle est admise par tous les auteurs; mais les avis se partagent au sujet de cette même division basée sur l'état du pouls. Or, il est certain que les trois variations du pouls admises par Whytt ne sont ni aussi constantes, ni aussi régulières, ni aussi absolument en rapport avec la marche de la maladie, que l'on a voulu le prétendre. De l'aveu même des partisans de l'opinion du médecin écossais, cette triple modification, dans les battements de l'artère, peut quelquefois ne pas avoir lieu. Dès lors, ces derniers cas seraient-ils en minorité (ce que nous n'admettons pas), il y aurait motif suffisant pour adopter un mode de division moins infidèle.

Plusieurs médecins distinguent encore de la manière suivante les trois périodes qu'ils assignent à l'*hydrocéphale aiguë* : ils admettent 1° une première période, dans laquelle sont tout à la fois compris les symptômes précurseurs et ceux d'invasion; 2° une seconde, qui n'est que l'*aggravation* des symptômes d'invasion; 3° enfin, une troisième période ou de *compression*, dont l'acception est déduite de la prétendue nécessité de l'épanchement. Mais à ce compte,

la séparation, entre la première et la deuxième période, est évidemment tout artificielle, et la confusion doit être facile; de plus, il faudrait rejeter la dénomination de la dernière période, si elle impliquait absolument l'idée d'un épanchement. Il semblerait plus convenable, d'après la succession la plus naturelle, la plus ordinaire des phénomènes et des lésions, d'établir une période d'irritation, caractérisée par la présence seule des symptômes précurseurs, dont un grand nombre, il est vrai, se retrouve au début de presque toutes les maladies aiguës, mais dont quelques uns néanmoins peuvent être regardés ici comme plus habituels, plus spéciaux : tels sont les spasmes, les changements brusques de coloration de la face, les réveils en sursaut, les régurgitations, les vomissements *faciles* et la céphalalgie. La seconde période, ou d'invasion, comprendrait les symptômes qui indiquent l'invasion de la phlegmasie, son établissement. Puis une dernière période serait marquée par les symptômes généraux et locaux qui annoncent le terme des maladies aiguës, l'épuisement de la vie et l'imminence de la mort, phénomènes auxquels s'en joignent d'autres plus ou moins en rapport avec les lésions organiques indiquées.

Mais, il faut le dire, la maladie achève assez fréquemment son cours sans autre manifestation de phénomènes que celle qui a paru vers son début, arborant seulement, pour ainsi dire, en dernier ressort, les signaux de détresse, avant-coureurs du terme de la vie. D'autres fois,

la progression du mal est tellement rapide et brusque, que la première période semble avoir été franchie, et que l'on ne reconnaît tout d'abord que la seconde.

Au dire de tous les auteurs, la céphalalgie est le symptôme le plus constant : cette douleur peut n'être point accusée par les malades trop jeunes (obs. 19); elle peut encore (quoique très rarement) manquer en effet (obs. 17, 26, 30). Les cris et les gémissements empruntent parfois de l'âge des malades et de leur état de torpeur un timbre particulier; ils coïncident avec les élans de la douleur et ne doivent être classés que parmi les effets qui en dépendent; ces cris, d'ailleurs, peuvent être remplacés, au contraire, par le silence le plus complet et une sorte de mutisme (obs. 25, 26, 28); mais l'on ne peut également attribuer à ces accès, à ces retours de douleur (ainsi que le fait Dance), les colorations brusques de la face. Ces alternatives de rougeur et de pâleur de la figure s'observent, en effet, assez souvent dès les premiers jours de la maladie; elles s'observent encore même pendant le sommeil non interrompu des malades, et encore au déclin de l'affection cérébrale, nonobstant l'état d'engourdissement et d'*insensibilité* dans lequel sont plongés les petits moribonds. Ces changements passagers de couleur du visage ont plutôt de l'analogie avec ceux que font naître les impressions morales. Rien d'extraordinaire que de tels phénomènes, soumis à l'influence médiate ou immédiate de l'encéphale, surgissent d'une manière insolite, bizarre et comme essentielle pen-

dant le trouble maladif des centres nerveux. Une dernière explication consisterait à les attribuer à des congestions cérébrales sans cesse renouvelées (1).

Les vomissements, les régurgitations signalent le début de la plupart des phlegmasies viscérales, et ont été aussi rangés parmi les symptômes précurseurs des phlegmasies encéphalo-méningiennes. Ils ont, dans ces cas, ceci de particulier, qu'ils se déclarent fréquemment avant tout autre trouble dans l'état général de la santé, à part quelquefois un peu de tristesse et d'inappétence. Le pouls ne tarde cependant pas à devenir fébrile ; dès lors, et quoique les vomissements aient lieu avec une facilité toute spéciale, les secousses répétées de la région diaphragmatique peuvent imprimer à l'épigastre une sensibilité assez grande pour laisser croire à l'existence d'une gastrite. Aussi, certain nombre d'enfants *hydrencéphaliques*, admis dans les hôpitaux, ont-ils l'épigastre empreint de piqûres de sangsues. Chez quelques malades, les vomissements reviennent de loin en loin et continuent ainsi jusqu'à la fin de la maladie.

La constipation est aussi très ordinaire et très

---

(1) M. Baron est d'autant plus porté à attribuer aussi ces rougeurs ou colorations passagères de la figure à des congestions cérébrales sans cesse renouvelées, qu'il est d'observation pour lui que ces symptômes se remarquent chez des enfants assez âgés pour rendre compte de leurs sensations, et qui avouent, en effet, ne ressentir, dans ces moments, aucune douleur.

persistante. L'accumulation de l'activité vitale vers la tête semble être la cause de l'enraiement de la contractilité musculaire et de la sécrétion muqueuse du canal intestinal.

Les différents degrés de trouble des fonctions de rapports seront prévus, pour nous, ainsi qu'il suit : dès le principe, tendance au sommeil, légère somnolence ; dans la deuxième période, indifférence aux objets extérieurs, somnolence, assoupissement; puis enfin, vers le dernier terme, somnolence ou carus; oblitération complète des fonctions intellectuelles et de relation. Dans quelques cas assez rares, le malade reprend connaissance avant de mourir (obs. 22, 27). Rarement aussi, mais néanmoins quelquefois, le malade, à peine sommeillant, a des réveils en sursaut, des retours de raison, ou conserve son intelligence dans toute son intégrité. Il est enfin des cas où l'assoupissement est complet dès le commencement de la maladie (obs. 19, 20, 21, 33...).

Quant au délire, il a lieu surtout au début et dans le courant de la maladie (obs. 18, 22, 24, 27, 32, 40........), beaucoup plus rarement à la fin ; mais quand il persiste jusque-là, ou qu'il se déclare seulement à cette époque, il est certain qu'on ne trouvera pas sur le cadavre d'altération profonde, de ramollissements un peu étendus, de ramollissements des parties centrales (obs. 39, 41, 42, 44). Le délire n'est, en général, loquace et bruyant que vers le début, dans la période d'irritation de la maladie. Du reste, il n'est pas constant et s'observe, quoi qu'on en ait dit,

chez des enfants âgés de moins de huit ans (obs. 18, 42, 44); de plus, il n'est pas non plus toujours immanquablement lié à une méningite de la convexité (obs. 27, 44, 32, 39) et réciproquement; il s'observe encore dans la méningite de la base, dans l'encéphalite, etc.

L'apparition du trait oculo-zygomatique, *l'altération particulière du visage* (habitus), qui, selon Coindet, *décèle* et *caractérise* la maladie, sont des épiphénomènes dont on a exagéré l'importance et l'exactitude. A part l'état des yeux, qui fournit des données importantes, les caractères tirés de l'expression de la face sont, en général, assez vagues.

La mauvaise humeur et la souffrance exprimées dans l'*hydrocéphale aiguë* le sont également dans toute autre maladie avec sensation pénible, douloureuse; il y a cependant cette différence que, dans celles où le centre de perception reste intact, la faculté de sentir et de souffrir persiste jusqu'à la fin, tandis que, dans les affections cérébrales, elle s'émousse et s'abolit quand le matériel de l'organe s'altère. L'expression de tranquillité et d'impassibilité que l'on remarque au milieu et au déclin des méningo-encéphalites paraît donc en rapport avec l'abolition de la faculté de sentir; mais c'est à l'état des yeux, à leur fixité, à leur rotation sans but, à leur divergence, à leur grande dilatation pupillaire, qu'il faut plus particulièrement attribuer l'air d'hébétude et de stupidité que présente souvent, vers la même époque, la physionomie des malades.

Le mouvement oscillatoire des pupilles a d'abord été signalé par le docteur Odier de Genève. Ce mouvement est dû à un état convulsif de l'iris; il manque souvent et ne doit pas être considéré comme un symptôme particulier de l'hydrocéphale, suivant le docteur Coindet. Il a été dit que M. Bricheteau prétendait que la fixité des yeux et la contraction souvent répétée ou permanente des muscles oculaires étaient des signes très certains d'un épanchement intérieur; que l'oscillation et la dilatation des pupilles étaient un des indices les moins équivoques de l'*hydrocéphale aiguë*, et par conséquent d'un épanchement présent ou futur. Il a été pareillement exposé que c'était au siége de l'inflammation, vers la base du cerveau, que M. Charpentier paraissait attribuer la dilatation des pupilles, leurs oscillations, leur insensibilité, ainsi que les mouvements convulsifs des globes oculaires. Dance regarde la dilatation des pupilles comme le symptôme le plus caractéristique de l'*hydrocéphale aiguë*. Cette dilatation, selon cet auteur, ne devient bien apparente que dans la deuxième période, et n'est portée à son summum d'amplitude qu'aux approches de la mort. Puis il ajoute cette restriction...., que, bien qu'elle soit constante et qu'elle paraisse dépendre de la compression exercée par l'épanchement dans les ventricules cérébraux, elle peut manquer, quoique cet épanchement soit très abondant, ou bien se montrer avec un épanchement très médiocre. Coindet a encore noté, dans la deuxième

période de la maladie, la vision double, le strabisme, l'irrégularité des pupilles, leur dilatation, et enfin, dans la dernière période, la cécité.

Dans son article sur l'*hydrocéphale aiguë* du *Dictionnaire de medecine*, M. Guersent s'exprime ainsi : « En mettant de côté tout ce qui appartient aux maladies du cerveau, dont l'*hydrocéphale aiguë n'est qu'un effet secondaire*, on trouve seulement, pour caractères essentiels de l'épanchement les moins variables, un état comateux plus ou moins profond, une dilatation constante de la pupille, une insensibilité complète de la rétine, une certaine fixité des yeux, qui restent souvent entr'ouverts comme dans une sorte d'extase, et enfin, dans le dernier degré de maladie, une teinte de la cornée qui paraît comme privée de vie et souvent couverte d'une petite couche albumineuse. » Ces signes ne sont que les moins variables pour M. Guersent; car il dit ailleurs que l'épanchement peut avoir lieu sans céphalalgie remarquable, sans injection de la conjonctive, sans oscillation des pupilles, sans strabisme, sans convulsions, sans grincements de dents, sans paralysie incomplète et sans contracture des membres.

Nous résumerons ainsi les caractères séméiotiques que, dans les phlegmasies encéphalo-méningiennes, on peut tirer de l'état des yeux : au début, pendant les somnolences ou le sommeil, renversement en arrière des yeux et occlusion incomplète des paupières, de telle sorte qu'il n'apparaît que le *blanc* de l'œil. En soulevant la paupière supé-

rieure, on aperçoit la cornée dirigée en haut, immobile et parfois en mouvement par suite du roulement automatique des globes oculaires.

Ces phénomènes se continuent jusque dans les périodes suivantes. Ce n'est guère qu'après la période qui suit les symptômes précurseurs, dans celle d'irritation, que l'on observe la dilatation égale ou inégale des pupilles, leurs oscillations; quelquefois, mais plus rarement, leur resserrement. Le strabisme, la fixité des yeux, l'insensibilité de l'iris, appartiennent plus spécialement à la période de terminaison : il en est de même de l'enduit muqueux de la cornée, de l'exsudation puriforme de la conjonctive, que précède quelquefois la rougeur de cette membrane. Néanmoins, tous ces symptômes peuvent s'interrompre, s'entremêler et changer ainsi leur ordre habituel.

La dilatation et l'oscillation des pupilles ne sont pas moins des phénomènes très constants et très persistants; on peut même les voir seuls apparaître et durer pendant tout le cours de la maladie. Quelquefois l'une, et moins souvent les deux paupières, sont tombantes et paralysées (obs. 32). Dans d'autres circonstances bien moins communes, l'état des yeux n'offre rien de particulier.

Les auteurs ont, en général, distingué les phénomènes morbides fournis par les organes de la vision, en ceux d'irritation et ceux de la compression : le premier ordre comprenant les troubles fonctionnels; la cessation, l'anéantissement des fonctions se rapportant au second. Nul inconvé-

nient à admettre cette distinction, mais sous la réserve que le mot *compression* n'implique pas l'idée d'épanchement; car il reste, d'ailleurs, prouvé que la pléthore des vaisseaux cérébraux suffit, sinon pour expliquer, du moins pour justifier tout ce qui se passe dans la période à laquelle a été appliquée cette désignation; qu'ainsi que les congestions actives ou passives, les indurations, les ramollissements du cerveau, les épanchements interstitiels dans sa substance, sont souvent les seules lésions matérielles que l'on trouve à mettre en regard des symptômes dits de compression; lésions que l'on doit même s'estimer heureux de rencontrer, quand, parfois, rien, ou du moins des lésions cadavériques, inappréciables à nos sens, ne peuvent expliquer les phénomènes observés pendant la vie! Pris donc ainsi dans leur acception la plus générale, les symptômes de compression, se résolvant en phénomènes paralytiques, sont en plus grand nombre, même ceux qui ne se rapportent qu'aux organes visuels, qu'on ne les a présentés dans la plupart des ouvrages. Ils comprennent, en effet, la paralysie complète ou incomplète de la rétine, marquée par son insensibilité imparfaite ou absolue à l'action de la lumière; celle de l'iris, caractérisée en outre par sa dilatation, ou plutôt par son relâchement; celle des paupières, par leur chute; des muscles moteurs de l'œil, par le renversement des globes oculaires et le strabisme (phénomène plus fréquemment dû à la résolution paralytique de quelques muscles des yeux, au manque

d'antagonisme qui en résulte, qu'à un mécanisme inverse, qu'à la contracture, à la prédominance d'action de quelqu'une de ces forces musculaires).

La calorification conserve quelquefois le type physiologique, mais plus souvent la peau est chaude; et ce qu'il y a de plus remarquable dans cette augmentation de la chaleur naturelle, c'est qu'elle paraît indépendante de la fréquence du pouls; car elle se conserve malgré le ralentissement de la circulation. Cette particularité n'avait, du reste, échappé ni à Whytt ni à Coindet.

Certaines modifications que présentent aussi les mouvements respiratoires ont été recueillies par les observateurs. La lenteur, l'inégalité de la respiration, la respiration suspireuse ont été signalées, et, à titre de fréquence, méritaient de l'être. On ne saurait donner de ces symptômes une description plus exacte que la suivante, publiée par Dance : « La respiration est lente, douce, tranquille, et s'opère sans bruit, sans dilatation apparente du thorax. Ce calme est assez souvent interrompu par des saccades dans l'élévation de la poitrine et par des soupirs involontaires, comme s'il y avait manque d'air dans les poumons, comme si le besoin de l'hématose se faisait sentir, et que les malades cherchassent à y suppléer par de profondes inspirations : sur la fin, la respiration devient stertoreuse. »

Comme trouble de la sensibilité et de la motilité, on a noté les convulsions, les rigidités, les contractures, les paralysies.

Les convulsions, manifestation possible, mais

non pas nécessaire, de l'irritation cérébrale directe ou indirecte, se déclarent communément au début ou à la fin des phlegmasies encéphalo-méningiennes. Il est possible, néanmoins, de les voir se succéder pendant le cours entier de la maladie, dont la durée est alors moins longue, et le terme fréquemment marqué par un accès convulsif (obs. 16, 17, 20, 26, 32, 47).

Il est aussi des convulsions qui ne se rattachent pas à des phlegmasies cérébrales, ou même à une irritation encore bien assise, mais qui sont occasionées par une impression directe ou sympathique vive, instantanée, ou progressive sur les centres nerveux, et qui dépendent de la perturbation fonctionnelle qui en résulte; perturbation qui atteint la contractilité musculaire. Le mobile est plutôt d'abord une impression qu'une irritation proprement dite. L'irritation est autrement, si l'on veut d'abord particulière, *nerveuse*, comme l'appelle M. le docteur Roche; mais, dans tous les cas, elle ne tarde pas à s'unir et à se lier à l'hypérémie (*ubi stimulus, ibi fluxus*). C'est une sorte d'exagération, d'exaltation fonctionnelle dans l'innervation, produisant elle-même un trouble, un dérangement analogue dans la contractilité musculaire (1).

(1) Il me semblait avoir lu maintes fois, dans les auteurs, que les fonctions du système nerveux, que l'innervation pouvait également éprouver des dérangements; qu'elle pouvait s'effectuer avec irrégularité, pécher par

C'est dans les membranes du cerveau que Willis et Hoffmann plaçaient le point de départ des convulsions. Parmi les causes d'irritation sympathique du cerveau, les méningites ont été aussi, dans ces derniers temps, plus spécialement et plus nominativement désignées comme les plus puissantes. Les opinions, à cet égard, de MM. Lallemand, Parent, Martinet, Denis de Commercy, etc., ont déjà été citées.

C'est aussi l'inflammation des méninges que M. Brachet (*Mémoire sur les causes des convulsions chez les enfants*, 1824) considère comme la cause la plus fréquente des convulsions. Suivant ce médecin, la plus légère inflammation de l'arachnoïde est accompagnée d'agitation et de convulsions cloniques : les convulsions ont lieu du côté opposé à celui de la partie enflammée ; et si l'arachnitis oc-

---

excès ou par défaut : aussi, quand je parlais de ce trouble fonctionnel (*Recherches sur l'hydrocéphale aiguë*, 1834), à propos des phénomènes convulsifs, je ne songeais nullement à émettre une idée qui me fût propre, et pas davantage à m'attribuer une théorie qui, selon M. Louis de la Berge (*Journal hebdomadaire*, 79e cahier, 1835, note sur certaines rétractions musculaires), appartient à M. Tonnellé. Ce dernier médecin, en effet, dans un mémoire sur *une nouvelle maladie convulsive chez les enfants*, inséré dans la *Gazette médicale* du 1er janvier 1832, base ses explications sur la possibilité de perturbation, d'anomalie dans l'influx nerveux. Je fais ces réflexions pour éviter toute réclamation au sujet d'une priorité à laquelle je déclare d'avance n'avoir aucune prétention.

cupe les deux côtés, les convulsions sont universelles.....

Il semble, en y réfléchissant, plus rationnel d'attribuer les phénomènes convulsifs aux phlegmasies des enveloppes du cerveau qu'à l'inflammation de l'encéphale lui-même; car, dans le premier cas, l'on conçoit que l'irritation transmise des membranes au cerveau puisse jeter le trouble dans les fonctions de ce viscère, tandis qu'il paraît vraisemblable aussi que le résultat d'un travail phlegmasique de la pulpe nerveuse dût être plutôt l'oblitération progressive, puis l'anéantissement de l'action cérébrale.

On a, néanmoins, des preuves anatomiques nombreuses d'inflammations du cerveau accompagnées de convulsions (1); et la science possède, en plus grand nombre encore, des cas de méningites avec absence de pareils phénomènes (obs. 18, 21, 40); ces cas même ne sembleraient pas être les plus rares, à moins que l'on ne veuille considérer comme phénomènes convulsifs certains symptômes spasmodiques, tels que les roulements des globes des yeux, les grincements de dents, les mâchonnements, et quelques mouvements *grimaciers* des muscles de la face; symptômes, du reste, très communs et très persévérants. Il semblerait donc que l'influence transmise au cerveau par le proche voisinage de l'inflammation de ses enveloppes serait assez fréquemment de nature stupéfiante plu-

---

(1) J'en cite moi-même quelques unes (obs. 30, 47).

tôt qu'elle ne se rapprocherait de l'excitation. Il semblerait encore que, dans l'état actuel de nos connaissances, il serait impossible de rien conclure sur le siége et l'étendue de l'irritation, d'après la manifestation ou l'absence des symptômes convulsifs : de même qu'il n'existe d'ailleurs aucun symptôme, comme le dit le docteur Reynaud, qui, isolé ou même réuni à d'autres, puisse devenir un signe certain d'une lésion déterminée du cerveau et de ses membranes, et à l'aide duquel il soit possible de parvenir à la connaissance de la nature et du siége de la lésion qu'on y rencontre après la mort (1). Ce qu'avait déjà exprimé ainsi l'illustre Pinel : *Quelle confusion ne trouve-t-on pas dans les écrits de médecine, soit par l'indication de certains délires ou phrénésies purement symptomatiques, soit par des lésions de l'entendement qui correspondent à certaines lésions simultanées de la dure-mère, de l'arachnoïde, de la pie-mère, de la substance du cerveau ; soit enfin par la variété des symptômes qui accompagnent sé-*

---

(1) Plusieurs de nos observations, entre autres les 30e, 31e, 47e, semblent non seulement contredire ce qu'ont avancé MM. Pinel-Granchamp et Foville sur les rapports des couches optiques et des corps striés, avec la motilité et la sensibilité des membres thoraciques et pelviens ; mais quelques uns des faits bien constatés que nous rapportons (obs. 21, 27) paraissent en opposition avec certaines données physiologiques et pathologiques sur la moelle épinière. Nous reviendrons sur ce sujet, à propos de la *Myélite*.

parément l'une et l'autre de ces lésions, *comme délire*, *affection comateuse*, *mouvements convulsifs*, *hémiplégie*, etc. (*Nosographie philosophique.*)

S'il est, du reste, un âge où il existe une plus grande disposition aux convulsions, cet âge est, certes, l'enfance. A cette époque de la vie, en effet, les évolutions et maladies organiques, en général, ont un facile retentissement vers les centres de sensibilité, dont l'émotion et le trouble sont prompts à se manifester. Qui n'a été témoin de convulsions survenues pendant le travail de la dentition, de celles suscitées par une croissance trop rapide ou enfin occasionées par quelque commotion morale, quelque lésion d'organe, quelque désordre grave viscéral (obs. 43)? La plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des enfants n'ont pas manqué de signaler l'influence de l'organisme entier, et particulièrement celle des organes digestifs sur le cerveau. Ce n'est pas seulement à cet âge que les phlegmasies gastro-intestinales, et plus spécialement les entérites pustuleuses, suscitent des troubles nerveux. M. Louis, dans ses *Recherches sur la fièvre typhoïde*, a également parlé de symptômes cérébraux qui se liaient, chez des adultes, à l'affection des voies digestives, et M. Broussais nous a entretenus depuis long-temps de la transmission sympathique au cerveau de l'irritation gastro-intestinale. Mais plus particulièrement chez les enfants, l'expression sympathique de souffrance des parties centrales de l'innervation affecte parfois une grande ressemblance avec les symptômes dé-

terminés par une *méningo-encéphalite* (obs. 38, 39, 42, 43, 45). Au reste, directe ou sympathique, l'irritation cérébrale n'en existe pas moins; seulement sa transmission indirecte paraît s'effectuer et s'établir plus activement chez les enfants. Nous ne ferons que citer ici, à ce propos, l'ouvrage publié en 1826 par M. Sablairoles, sur l'*influence des organes digestifs des enfants sur le cerveau.*

M. Bricheteau cite, au nombre des maladies qui peuvent simuler la fièvre cérébrale, certaines éruptions cutanées à leur début, les accidents de la dentition, les vers, quelques inflammations du tube digestif et du foie, les fièvres intermittentes ou rémittentes pernicieuses, etc. Dans toutes ces circonstances, peuvent, en effet, se manifester des symptômes de participation du côté de la tête, des symptômes cérébraux plus ou moins nombreux et plus ou moins prononcés. Quelques unes de nos observations témoignent aussi de la ressemblance séméiotique qui, parfois, et chez les enfants, se rencontre entre les dothinentéries et les méningo-encéphalites (obs. 38, 39, 42). Toutefois, à cet égard, il paraîtrait qu'il n'en serait pas de même chez les très jeunes enfants; car Billard, sur vingt cas d'inflammation de l'appareil folliculeux des intestins, chez des sujets de quelques jours à deux mois, n'observa que les symptômes de l'entérite, et cependant les lésions anatomiques étaient les mêmes.

Dans les entérites et autres affections avec symptômes cérébraux, en un mot dans les irritations ou phlegmasies méningo-encéphaliques intercurren-

tes, à peine trouve-t-on souvent, à l'autopsie, quelques traces d'injection du côté du cerveau et des membranes, et pourtant de cette absence de preuves bien saillantes, on ne peut conclure que le trouble direct ou sympathique de ce viscère, manifesté au dehors par des symptômes graves, prolongés et sans cesse croissant en gravité, n'avait pas pour mobile un état intime de surexcitation, d'irritation et même de phlegmasie, qui, parfois, bien que réel, mais siégeant dans un organe doué d'une délicatesse et d'une sensibilité exquises, doit être le plus souvent mortel, avant de revêtir la forme et d'acquérir l'intensité de l'inflammation phlegmoneuse.

D'ailleurs, on ne découvre pas quelquefois de lésions plus profondes dans la tête, même après des méningites et des encéphalites simples, bien dessinées, bien caractérisées. C'est le cas de répéter, avec M. le docteur Denis de Commercy, que, puisqu'une encéphalite est le plus souvent mortelle avant que la suppuration ne s'établisse, on ne doit pas s'étonner de ne rencontrer, pour traces les plus fréquentes de cette affection, que de simples injections. Nous ajouterons que, vu l'imperfection de nos sens, il est plus que probable que toutes les maladies ne se circonscrivent pas dans ce qu'elles ont de très appréciable après la mort.

Ainsi donc, la maladie désignée sous les noms de fièvre cérébrale des enfants, d'hydrencéphale, d'hydrocéphale aiguë, de méningo-encéphalite, etc., peut être constituée, soit par une irritation plus ou moins vive, soit par une inflammation plus

ou moins intense, plus ou moins étendue, diversement localisée, séparée ou réunie du cerveau et de ses enveloppes, et présente des caractères physiologiques et anatomiques nombreux, variables, inconstants même, soit dans leur succession, soit dans leurs rapports réciproques, soit même dans leurs manifestations. Aussi, s'il était toujours possible de distinguer entre elles, pendant la vie, les affections multiples, quoique de même nature, mais différentes quant à leur siége, leur degré et leurs symptômes, qui se trouvent comprises sous ces désignations, les dénominations de méningite, encéphalite, méningo-encéphalite, ou celle d'irritation cérébrale, seraient alternativement les seules véritablement convenables.

Quelquefois les résultats cadavériques sont à peine appréciables, bien que, pendant la vie, l'expression symptomatique de la maladie ait été on ne peut plus saillante. Beaucoup plus rarement des altérations graves, palpables ne sont exprimées que par des symptômes légers et fugaces : jamais l'absence de tout signe n'est complète; toujours quelques phénomènes trahissent des lésions profondes que la durée seule de la maladie peut contribuer à faire prévoir.

Injections à divers degrés, infiltrations, épanchement, exsudations, suppuration, ramollissement : tels sont nominativement les vestiges que découvre l'anatomie pathologique, et auxquels il est permis de rattacher les symptômes recueillis pendant la vie, sans qu'il soit absolument possible de conclure, et réciproquement, de la présence des uns à la ma-

nifestation des autres, et de la gravité de ceux-ci à l'intensité de ceux-là. Cependant, une exception, et tout à la fois une particularité que nous signalerons et que nous proposerons d'admettre en principe, jusqu'à ce que d'autres faits contradictoires soient opposés, c'est que toujours les symptômes de paralysie de la sensibilité et du mouvement des membres, avec abolition plus ou moins complète des facultés intellectuelles et sensoriales, coïncident avec des ramollissements de la substance cérébrale, et que l'on peut, à cet égard, se prononcer durant l'existence des malades ; tandis que de telles altérations organiques peuvent se rencontrer sur le cadavre, sans que de pareils phénomènes aient été entrevus pendant la vie.

L'exaltation partielle de la sensibilité du tronc et des membres, et plus particulièrement de ceux-ci, les spasmes, les paralysies, les contractures, les rigidités, avec conservation de l'intellect et des fonctions sensoriales, peuvent résulter de phlegmasies encéphalo-méningiennes, mais dépendent le plus souvent de myélites (obs. 48) (1).

Les caractères physiologiques de la maladie ou plutôt des maladies en question étant sujets à présenter quelques variétés, soit dans leur ordre, soit surtout dans leur nombre, etc., la symptomatologie ne saurait en être toujours la même ; les principales modifications, sous ce rapport, peu-

---

(1) Voir à la fin de ce chapitre.

vent, néanmoins, être prévues et comprises dans les divisions suivantes :

1°. A peine si quelques prodromes de la céphalalgie, de la prostration, de la somnolence, et quelques épiphénomènes, laissent entrevoir l'affection cérébrale, qui, le plus souvent alors, survient comme complication d'autre maladie préexistante.

2°. L'affection de la tête s'annonce et débute par quelques vomissements, de la tristesse, de la céphalalgie, une tendance toute particulière au sommeil, des réveils en sursaut, de la fièvre, des changements brusques de coloration de la face, puis grincements de dents, oscillation et dilatation des pupilles, renversement et roulement des yeux, somnolence, avec conservation, au réveil, des facultés intellectuelles et de rapport. Il peut y avoir absence ou non de convulsions.

3°. Ou enfin à l'un des groupes précédents, mais surtout au second, se joignent les contractures (1) et les paralysies musculaires, les diminutions ou

---

(1) Parmi celles-ci, les rigidités du cou et du tronc sont assez fréquentes ; mais l'observation ne prouve pas, ainsi que le prétendait Dance, qu'elles dépendent constamment de la transmission bien évidente de l'inflammation à la moelle épinière et à ses membranes.

Néanmoins, selon M. Baron, on trouve toujours, chez les jeunes enfants, chez lesquels, d'ailleurs, s'observe fréquemment cette rigidité tétanique, que l'inflammation s'est alors propagée aux membranes qui recouvrent la face inférieure du cervelet et le commencement de la moelle.

pertes générales ou partielles de la sensibilité, la torpeur, l'assoupissement, le carus, l'obtusion ou l'oblitération complète de l'intelligence.

Fothergill et Vieusseux assignent environ quatorze jours à la durée de l'hydrocéphale aiguë. Whytt suppose qu'à partir du premier symptôme jusqu'à son terme, il faut compter quarante-cinq jours, six semaines, et quelquefois même davantage. Selon le docteur Coindet, l'*hydrocéphalie* durerait parfois huit à neuf jours, mais plus souvent trois semaines. La durée la plus ordinaire de ce genre de maladies est, en effet, de huit, quinze ou vingt jours.

La gravité des phlegmasies encéphalo-méningiennes, chez les enfants, est généralement très grande : peu de médecins perdent moins du tiers ou du quart de leurs malades. Whytt et Fothergill regardaient l'hydrocéphale aiguë comme une affection incurable. Le docteur Odier prétend que l'on ne guérit que deux ou trois malades sur cent. Cette effrayante proportion dans le chiffre de la mortalité surprend moins, mise en regard des idées théoriques et des conséquences thérapeutiques abandonnées aujourd'hui, et comparée à celle de nos jours, où, cependant, on est mieux fixé sur les caractères et la nature de ces redoutables maladies.

Fothergill, bien que considérant l'*hydrocéphale aiguë* comme au dessus des ressources de l'art, l'attribue à des vers, et propose de la traiter comme une affection vermineuse. On trouve, dans l'ancienne édition d'Underwood, que les médecins *expérimentés* ont recommandé dans cette maladie les

sternutatoires, tels que le cabaret en poudre, l'ellébore blanc. Le docteur Dobson de Liverpool (*Journal des médecins écossais,* 1775) conseille l'emploi du mercure jusqu'à la salivation.

L'efficacité des préparations mercurielles dans l'hydrocéphale a été vantée par Carmichaël, Smith, John Hunter, Haygarth, Moseley et Amstrong.

Paterson, pensant que l'hydrocéphale commence toujours par une véritable phlegmasie, n'hésite pas à la traiter par les antiphlogistiques.

Percival propose de remplir les indications curatives suivantes : 1° calmer la douleur et les spasmes; 2° favoriser la résorption du liquide épanché; 3° augmenter les excrétions séreuses ; et il opère toutes ces merveilles au moyen de vésicatoires sur la tête (1), de prescriptions d'opium, de musc, de digitale et de calomel. Le docteur Odier, prenant aussi l'effet pour la cause, rapportant tout à l'é-

---

(1) La calotte vésicante a été fréquemment employée, et avec alternative de réussite et d'insuccès. C'est à la suite de nombreuses évacuations sanguines que l'on peut tenter ce moyen énergique, et c'est presque généralement en désespoir de cause qu'il est essayé. La *Gazette des hôpitaux* du 4 janvier 1834 (extrait de la séance publique de la Société de médecine de Toulouse) publie une pareille observation de guérison, dans un cas presque désespéré, et par suite de l'emploi d'un tel remède.

M. Baron pense que le vésicatoire sur la tête est toujours appliqué trop tard, et qu'il réussit mieux et souvent quand on l'emploie immédiatement après les émissions sanguines.

panchement, conseille les diurétiques et les toniques.

Le traitement indiqué par Rusch est très rationnel; il forme la base des méthodes curatives les plus généralement suivies encore aujourd'hui. Ce médecin avait d'abord recours aux évacuations sanguines, qu'il faisait suivre de l'emploi des purgatifs; puis il conseillait les vésicatoires à la nuque, aux tempes, les applications froides sur la tête..., et, dans la dernière période seulement, il prescrivait les toniques.

Suivant le docteur Coindet, on doit traiter la première période de l'hydrencéphale comme étant compliquée d'inflammation ou d'irritation, et la deuxième comme s'il y avait un état de faiblesse ou d'atonie. On remplit les indications de la première période, en cherchant à faire cesser toutes les causes d'irritation qui agissent sur le cerveau, soit directement, soit par sympathie : on emploie dans ce but les évacuations sanguines générales et locales, les vésicatoires, les bains tièdes, l'émétique, les purgatifs, les sels neutres et, dans quelques cas particuliers, l'opium. On remplit l'indication de la deuxième période en donnant des toniques, dans le but de soutenir les forces et de diminuer les symptômes, suites de la faiblesse et de l'épanchement : les médicaments qu'il conseille alors sont les fleurs de zinc, le musc, l'éther, l'opium, l'ammoniaque, le quinquina, le vin, etc.

Les autres méthodes de traitement proposées se confondent avec celles qui viennent d'être exposées, et la préférence accordée à tel choix, à telle

classe de médicaments, varie selon la différence des principes et des manières de voir, et suivant les idées particulières sur l'action de ceux-ci.

Afin donc d'éviter les redites, nous ne nous arrêterons plus qu'aux modifications thérapeutiques de quelque importance.

Dans les préceptes données par M. Guersent, il est insisté sur l'emploi énergique et prolongé des évacuations sanguines. L'ouverture des saphènes est particulièrement recommandée au début de la maladie et les affusions froides sur la tête sont conseillées plus tard.

Les ventouses scarifiées à la nuque, les scarifications de la membrane pituitaire, les sangsues appliquées en petit nombre et fréquemment remplacées, de façon à produire une perte lente et continue de sang; l'émétique en lavage, ou à dose rasorienne; les sinapismes, les vésicatoires, les emplâtres irritants appliqués ou promenés loin ou à proximité du siége de la phlegmasie, etc., etc., constituent d'ailleurs une série de moyens employés d'une manière plus ou moins spéciale ou méthodique. Sans entrer, pour tous, dans les vues particulières qui ont présidé à leur choix, à leurs prescriptions, examinons quelques uns de ces principaux agents thérapeutiques.

Les évacuations sanguines conviennent nécessairement au début de la maladie : nul désaccord sur ce point; mais relativement aux saignées locales ou générales, et quoique ces dernières aient été con-

seillées avec assez d'instance, même chez les très jeunes enfants, c'est aux saignées locales que nous accorderons presque toujours la préférence. Nous aurons d'ailleurs occasion de revenir sur ce point de pratique, sur les difficultés qui naissent du défaut de développement des veines du bras chez les enfants : contentons-nous d'insister ici sur la circonspection que commande la crainte de la prostration, souvent sans appel, où à cet âge plonge fréquemment l'emploi peu réfléchi de la saignée générale. Ce qui milite en faveur des évacuations sanguines locales, c'est que, tout en agissant plus directement, elles ménagent aussi davantage les forces; c'est que rien n'empêche de prescrire des sangsues ou des scarifications loin ou près du siége du mal, de les employer avec réserve ou avec énergie ; c'est que l'on peut tout à la fois, ou alternativement, opérer, par leur moyen, un dégorgement local, une déplétion générale, une dérivation, et même obtenir un effet révulsif.

Après avoir combattu l'hypérémie générale et locale, affaibli, modifié ainsi les états sthéniques, c'est aux révulsifs, aux dérivatifs, aux répercussifs que l'on a recours, à leur emploi combiné avec celui d'autres évacuations de sang et celui des antispasmodiques : le tout suivant les circonstances. La révulsion est tentée du côté des organes digestifs par les purgatifs, les émétiques, ou éméto-cathartiques; on est sollicité, vers l'extérieur, au moyen d'irritants et de vésicants appli-

qués sur la surface dermoïde, loin ou à proximité de la tête. Des sangsues placées aux malléoles, des pédiluves, des cataplasmes chauds enveloppant les jambes, ont pour résultat de produire une dérivation vers les extrémités inférieures; dérivation que l'on provoque vers la périphérie en plongeant les malades dans des bains chauds, tandis qu'on leur entoure la tête d'applications froides, que l'on essaie de ce côté une véritable répercussion. Telle est celle qui est tentée, peut-être trop généralement, au moyen de la glace; trop généralement, car il faut qu'elle le soit avec opportunité et conduite avec intelligence. Les applications froides (1) doivent d'ailleurs être assez judicieusement renouvelées et maintenues pour que la réaction ne soit pas à craindre. Combinées avec les bains, on les a opposées, avec succès, aux convulsions.

Le calomel (2), employé jadis dans des vues sys-

---

(1) Une manière d'imprimer à ces moyens une grande et persévérante puissance d'action consiste à suspendre au dessus du malade une petite fontaine à robinet terminé en arrosoir, afin de pouvoir, de la sorte, épancher sur sa tête, même pendant plusieurs jours s'il le faut, et sans interruption, une pluie continuelle d'eau fraîche. M. le docteur Bodson m'a dit avoir employé cette méthode avec succès.

(2) Les frictions mercurielles, que l'on sait avoir été employées avec succès dans les péritonites puerpérales, et même dans les érysipèles de la face, etc., sont des moyens

tématiques, est encore prescrit presque immanquablement aujourd'hui et d'une manière banale. Peu de médecins éclairés ne croiraient même pouvoir se dispenser de son emploi, par la continuation d'une sorte de prestige qui a survécu à la vogue de ce remède. De nos jours, cependant, on ne reconnaît guère, dans son mode d'agir, qu'un effet révulsif sur la muqueuse intestinale, sans trop s'inquiéter de son action toute particulière sur la membrane buccale et les glandes salivaires : spécificité qui, vu le danger de congestions et d'irritations trop voisines du siége principal de la maladie, devrait peut-être déterminer à donner la préférence à d'autres purgatifs. Dans quel but administrer les émétiques aux malades atteints d'inflammation du cerveau ou de ses enveloppes? Est-ce d'après la remarque des vomissements sympathiques dont ils sont parfois tourmentés, et suivant la foi qui fait sacrifier aux absurdités de la doctrine homœopathique? ou plutôt le tartre stibié

---

dont on a cherché à expliquer diversement l'action antiphlogistique, en disant qu'ils diminuaient la plasticité du sang, qu'ils favorisaient ou sollicitaient la résorption de l'engorgement sanguin, qu'ils modifiaient localement aussi les propriétés vitales, etc., etc. Quoi qu'il en soit, d'après une des notes que nous transmet M. le docteur Baron, les frictions mercurielles, pratiquées sur le crâne pendant le cours de la maladie en question, ont valu, à ce praticien, de grands succès dans des cas graves et dans des circonstances même où les autres moyens avaient échoué.

est-il recommandé par quelque croyant contro-stimuliste, et selon les vues de Rasori ? Quoi qu'il en soit, l'émétique ingéré dans l'estomac, à fortes ou petites doses, agit sur le ventricule et les autres portions des organes digestifs, en opérant une diversion plus ou moins vive, plus ou moins étendue, en provoquant ou exaltant l'action de vomir, et pour cette faculté seule semblerait devoir jouir de peu de faveur, comme tendant à favoriser ou à accroître la congestion cérébrale, déjà trop sollicitée par le stimulus inflammatoire.

Les phénomènes spasmodiques sont moins graves que le calme extérieur du carus, bien qu'ils effraient davantage. Les remèdes opposés à la maladie elle-même sont aussi ceux qui conviennent rationnellement le mieux pour prévenir et combattre les accidents qui s'y rapportent. Néanmoins, comme ces troubles de l'innervation jettent l'effroi parmi les assistants, qu'ils ne sont pas exempts de conséquences fâcheuses, n'admettrait-on, pendant leur manifestation, qu'un nouvel afflux de sang vers la tête, accusé par la turgescence de la face; que, d'ailleurs, on a vu la mort venir brusquement mettre fin à ces scènes d'agitation (1)......., il est

(1) La mort peut survenir pendant les convulsions par la cessation de l'action cérébrale, que peuvent occasioner la congestion et la compression du cerveau, insuffisance ou paralysie d'action qui peut résulter aussi de l'épuisement, en quelque sorte, de la puissance nerveuse, de l'influx ner-

presque généralement convenu de faire, en telle occurrence, la médecine de symptômes. On a donc recours aux antispasmodiques, au musc, au castoréum, au camphre, à l'oxyde de zinc..., etc. Mais la prescription ne peut guère en être faite, avec quelque sécurité, que lorsqu'elle a été devancée par de suffisantes pertes de sang; car, quoique les stimulants diffusibles apaisent parfois, sans autre inconvénient, les symptômes convulsifs, ils ne semblent y parvenir, en d'autres circonstances, que par l'accroissement de l'hypérémie cérébrale, qu'en faisant succéder aux précédents orages le calme trompeur de la résolution paralytique. Il est loin, d'ailleurs, d'être toujours possible d'ingérer des médicaments pendant la tourmente des névroses; ce n'est guère que dans l'intervalle des accès et dans la prévision d'autres que ce genre de médication peut être utile et praticable : on l'adjoint, du reste, aux moyens suivants, plus convenables généralement, et qui consistent dans l'emploi, séparé ou réuni, successif et combiné, des affusions froides, des bains, demi-bains, des pédiluves et des saignées locales.

---

veux, qui a succédé à son exaltation, à sa surexcitation accidentelles. Le trouble ou la cessation de l'innervation peut encore n'atteindre que l'appareil de la respiration, et la mort arriver alors par l'effet d'une véritable asphyxie.

De la myèlite.

Quoique peut-être, dans l'état actuel de la science, il ne soit guère possible d'assigner un certain ordre de phénomènes morbides bien déterminés aux lésions organiques du système cérébro-spinal et de ses enveloppes, cependant les symptômes de la myèlite et de la méningo-myèlite, bien que variant suivant les parties de la moelle affectées, paraissent assez généralement caractérisés par l'exaltation et l'abolition plus ou moins prononcées, complètes ou partielles de la sensibilité et de la motilité du tronc et des membres, avec conservation de l'intellect et des fonctions sensoriales dévolues à la tête. La douleur locale paraît rare, mais des douleurs vives se font quelquefois sentir dans les membres, dans leurs articulations, et jusque vers leurs extrémités; les mouvements du tronc et des membres éveillent et accroissent ces douleurs (obs. 48). La sensibilité est quelquefois tellement exaltée, que le moindre contact ferait presque jeter des cris aux malades : parfois il y a obtusion de celle-ci vers certaines régions et exaltation vers d'autres; c'est ainsi qu'il en était dans l'observation citée, et c'est aussi ce que nous avons eu l'occasion de remarquer dans un cas qui s'est présenté dans notre pratique particulière (chez un adulte), et qu'a concurremment observé avec nous M. le docteur Biett; la sensibilité des membres abdominaux était singulièrement accrue à la face

interne de ceux-ci, tandis qu'elle se trouvait presque éteinte vers leurs régions externes.

Les spasmes, les convulsions, les rigidités, les contractures se présentent avec la même irrégularité et avec une constance moins grande encore. Les rigidités tétaniques du tronc, son renversement en arrière, donnés comme signes de myélite rachidienne, ont été rencontrés, par M. le docteur Andral, dans des cas où ni la moelle, ni ses enveloppes n'offraient de traces de lésions. Les symptômes de paralysie qui succèdent aux précédents ne semblent pas, non plus, toujours astreints à une nécessité absolue dans leur ordre et leurs manifestations : ils peuvent tenir de l'hémiplégie et de la paraplégie. Dans les circonstances, néanmoins, qui semblent les plus communes, la paralysie atteint les membres thoraciques et les muscles de la poitrine, ou les membres pelviens, le rectum et la vessie, suivant que la lésion porte sur tels ou tels points des régions supérieures ou inférieures de la moelle épinière ; suivant que l'affection occupe les régions cervicale inférieure et dorsale supérieure, ou lombaire supérieure et dorsale inférieure du prolongement nerveux rachidien : ce qui encore comporte exception. Ainsi, dans l'observation 48, bien que la partie supérieure de la moelle fût seule affectée, la paralysie s'est étendue aux membres abdominaux et au rectum : ainsi, dans un fait qui se représente à notre mémoire, et qui concerne un officier de la garde municipale, qui mourut un ou deux septenaires après une chute de cheval, il y eut paraplégie immédiatement après

l'accident, mais seulement paraplégie, bien qu'ainsi que, dans le cas qui précède, ce fût vers la région inférieure du col et supérieure du dos que se rencontra une altération profonde de la moelle, caractérisée, ici, par une déchirure et un ramollissement. Nous pourrions encore rappeler l'exemple cité dans le journal de Desault : Une balle, est-il relaté, divisa complètement la moelle épinière au niveau de la dixième vertèbre dorsale, sans que, jusqu'à la fin, il n'y eût de symptôme de paralysie.

MM. Jansou de Lyon, Rullier, Velpeau et Ollivier d'Angers (auquel, en particulier, on doit un ouvrage important sur la moelle épinière et ses maladies) ont rapporté des exemples d'interruption du cordon rachidien avec persistance dans l'intégrité de la motilité et de la sensibilité. Nos observations 21 et 27 ont aussi trait à des cas analogues : deux enfants, affectés, du reste, de méningite ou d'encéphalite, et atteints de ramollissements dorso-lombaires de la moelle épinière, n'ont présenté aucun symptôme de paralysie du rectum ni des membres inférieurs. Mais ces faits paraissent moins extraordinaires, moins inexplicables que d'autres qui précèdent, en ce que l'altération organique, en ces dernières circonstances, a eu lieu lentement et progressivement. Un épanchement, même peu considérable, mais effectué rapidement, en un point quelconque, des méninges rachidiennes, suffit, en effet, le plus souvent, pour déterminer une paralysie, variable suivant les régions médullaires comprimées ; tandis qu'un épan-

chement, beaucoup plus considérable, mais effectué peu à peu, n'a produit, maintes fois, aucun symptôme, et n'a été révélé que par l'autopsie cadavérique.

En résumé, la marche de la myélite peut être tout à fait latente, des tubercules peuvent aussi se développer d'une manière inaperçue dans son tissu, et nous croyons, ainsi qu'il en est à l'égard du cerveau et des méninges, que les symptômes de l'inflammation de la moelle et de ses enveloppes se combinent et se confondent le plus souvent entre eux de telle sorte, qu'il doit être le plus souvent impossible de les différencier.

Les phlegmasies des régions cervicales supérieures de la moelle épinière et de ses enveloppes s'unissent et se confondent généralement dans leurs symptômes avec celles des organes cérébraux (obs. 24). Nous avons inséré précédemment la note que nous a communiquée M. Baron, et d'après laquelle (suivant l'opinion de ce médecin) les rigidités tétaniques, que l'on observe fréquemment dans les méningo-encéphalites, chez les *jeunes* enfants, dépendraient de la transmission de l'inflammation aux membranes qui revêtent la face inférieure du cervelet et le commencement de la moelle. Cette opinion nous paraît, d'ailleurs, beaucoup plus rapprochée de la vérité que celle de Billard, qui établit que, dans ces cas, la phlogose a envahi l'organe médullaire. Nos observations 20 et 29 tendent, en effet, à confirmer, en partie, ce qu'a avancé M. Baron.

La continuation de la répartition de l'influx nerveux, après une interruption survenue dans la con-

tinuité de la moelle épinière, semble, ainsi qu'a lieu le rétablissement de la circulation, par le moyen des vaisseaux collatéraux, après l'obturation d'un tronc principal, s'opérer par les anastomoses des différentes paires cervicales, dorsales ou lombaires, soit entre elles, soit avec le système ganglionnaire; ou enfin, dans ces circonstances exceptionnelles, l'interruption de l'innervation n'a pas lieu à cause de la persistance de quelques fibres médullaires restées saines ou au moins aptes à fonctionner.

Quoi qu'il en soit de ces conjectures, nous bornerons là cet aperçu sur des maladies dont l'histoire est généralement peu avancée, et qui, même, ne sont un peu étudiées et connues que depuis les recherches de MM. Magendie et Flourens sur la structure et les fonctions du prolongement rachidien, et surtout depuis la publication de l'ouvrage de M. le docteur Ollivier.

Le traitement de la myélite ou de la méningo-myélite, ainsi que celui de la méningo-encéphalite, et vu la gravité de ces affections, doit être pareillement très actif. Dans les premiers temps, évacuations sanguines; sangsues et ventouses scarifiées vers telle région, ou suivant le trajet du rachis. A la suite des émissions sanguines, conviennent les bains généreux, les dérivatifs et les révulsifs. Ici, l'on peut, avec moins de crainte de réaction vers la tête, tenter, plus activement, la révulsion du côté du tube digestif. Les sinapismes promenés le long de la partie postérieure du tronc, les vésicatoires, les cautères potentiels et même le cautère

actuel appliqués dans le même sens, constituent, d'ailleurs, une série de moyens énergiques dont l'on peut attendre, surtout, de bons effets, lorsque la maladie est dépouillée de toute forme aiguë.

Nous avons vu, dans un cas très grave, Dupuytren suspendre la maladie de Pott, arrêter une carie vertébrale et une affection consécutive de la moelle épinière au moyen de raies de feu tracées autour de la région malade du rachis.

CHAPITRE III.

Des affections gastro-intestinales chez les enfants (irritation, inflammation gastro-intestinales; gastrite, entérite, colite, dyssenterie, diarrhée, dothinentérie...., etc.), *considérées sous le rapport de leurs symptômes, de leur marche, de leurs terminaisons, de leur traitement, de leurs lésions, de leurs différences, de leurs analogies,* etc.

L'état de perfection prématuré des organes gastro-intestinaux, leur ampliation, leur activité fonctionnelle, la nécessité particulière de cette énergie, les nombreuses sympathies qui unissent l'ensemble de l'appareil de la digestion et le lient au reste de l'organisme; d'autre part, les vices et les écarts de régime, le défaut de connaissance des règles de l'hygiène, ou le manque de possibilité de leur application; les conséquences non moins graves des méthodes curatives vicieuses, dérivant de théories spéculatives... : ces considérations sont de nature à justifier la gravité et la fréquence des affections gastro-intestinales chez les enfants; gravité et fréquence sur lesquelles insistent d'ailleurs plu-

sieurs des écrivains tant anciens que modernes (1).

Mais ces maladies, telles qu'on les trouve assez généralement décrites, semblent peu en rapport avec les idées actuelles et les progrès de la science : elles sont, en effet, tantôt constituées par des symptômes érigés en états morbides particuliers, ainsi qu'il en est quant au vomissement, aux acidités, à la diarrhée, aux coliques, aux flatuosités, à la constipation, etc., etc.; tantôt fondées sur la présence de vers, sur la supposition de cachexies et de vices d'organisation.

Suivant Hippocrate, la première enfance est sujette aux aphthes et aux vomissements; vers l'époque de la dentition s'observent les diarrhées, surtout lors de la sortie des dents canines, chez les enfants qui ont beaucoup d'embonpoint ou chez ceux sujets à une constipation habituelle : plus tard se rencontrent les vers intestinaux. Le père de la médecine était d'avis d'accorder aux jeunes malades plus de nourriture, parce qu'ils avaient plus de chaleur innée et de force digestive.

Selon Aétius, le dévoiement, si ordinaire aux enfants pendant la dentition, est produit par la phlogose de l'estomac.

Sydenham signale le danger du fréquent emploi des purgatifs chez eux, et conseille de traiter par la saignée la diarrhée qui survient après la rougeole, ainsi que celle qui succède à la pleuré-

(1) Au dire de M. Baron, ces affections sont particulièrement très fréquentes aussi chez les jeunes enfants.

sie et la pneumonie. La diarrhée serait quelquefois, d'après le même auteur, produite dans les fièvres inflammatoires par l'administration de l'émétique, et, dans les fièvres continues, par l'absence d'un vomitif au début; elle serait aussi quelquefois produite par les pustules inflammatoires qui se jetteraient sur les intestins. Le temps où écrivait ce célèbre médecin est l'époque d'un retour vers la méthode d'observation; néanmoins beaucoup de ses explications sont encore empreintes d'humorisme et de chimisme. Voici, par exemple, ce qu'il dit sur le tort que le fréquent usage des purgatifs fait surtout aux enfants, « en attirant sur les viscères des débordements d'humeurs, qui, séjournant dans ces parties, y excitent des fermentations contre nature, d'où s'ensuivent des tumeurs dans l'abdomen, lesquelles vont toujours en augmentant à mesure qu'on purge plus souvent le malade; enfin il arrive que les parties affectées ayant perdu leur ressort et étant privées de leur chaleur naturelle, qui se trouve pour ainsi dire étouffée sous le poids des humeurs, tombent facilement en pourriture. D'autres fois il se forme, dans les glandes du mésentère, des tumeurs scrophuleuses et autres semblables qui conduisent les malades au tombeau. »

Aussi l'auteur que nous citons regarde-t-il la diarrhée comme un symptôme aussi important que salutaire dans les petites-véroles chez les enfants, comme un symptôme aussi nécessaire que les pustules, que l'enflure des mains et du visage, et prétend-il qu'elle sert à évacuer la matière morbi-

fique, et qu'elle est aussi utile que la salivation chez les adultes.

Sydenham semble du reste avoir voulu faire remarquer la difficulté du diagnostic dans les maladies des enfants, quand il dit qu'il n'est pas toujours aisé de distinguer de quelle nature est chez eux la fièvre, après avoir avancé, ailleurs, que les fièvres font les deux tiers des maladies qui sont l'objet de la médecine.

On trouve encore dans cet auteur que la saignée est quelquefois aussi utile et aussi nécessaire chez les enfants que chez les adultes.

Mais hâtons-nous d'arriver aux ouvrages plus spécialement consacrés à la pathologie relative aux enfants.

Rosen attribue la diarrhée à tout ce qui occasione un grand amas ou une trop grande affluence d'humeurs séreuses dans les intestins, ou à ce qui arrête l'effet des vaisseaux absorbants, ou augmente le mouvement péristaltique des intestins. « Les amas de matières se font surtout en buvant et mangeant beaucoup. Si l'estomac et les intestins ne peuvent digérer les aliments, il s'y amasse des crudités qui contractent ensuite de l'acrimonie et augmentent le mouvement des intestins par l'irritation qu'elles y causent; d'où il résulte enfin un écoulement plus extraordinaire de matières fluides. La même chose arrive si le sang a de l'acrimonie, parce que les humeurs qui se séparent du sang, dans l'estomac et les intestins, ont aussi la même nature et irritent aussi les intestins : d'où résulte le même écoulement abondant. Voilà pourquoi on

éprouve du trouble aux intestins, des borborygmes peu de temps avant un cours de ventre : ce qui ne vient que de l'augmentation du mouvement péristaltique. S'il y a suppuration aux intestins ou à d'autres viscères, ou à l'extérieur du corps, et que le pus se jette de là dans les intestins ou dans le sang, qui le porte ensuite dans le canal intestinal, il arrive la même chose. »

Suivant le même auteur, « les sérosités s'amassent encore dans les intestins lorsque les orifices des vaisseaux exhalants ou des glandes sont flasques, ou trop lâches, ou corrodés, ou lorsque les vaisseaux absorbants ne peuvent plus reprendre convenablement les humeurs séreuses : ce qui arrive lorsqu'ils sont flasques ou obstrués par des glaires, par les croûtes des aphthes, celles de la petite-vérole, ou les desquamations de la rougeole, ou lorsqu'il est survenu une obstruction au foie, aux glandes du mésentère. Les sérosités se trouvent aussi renfermées dans les intestins par une acrimonie : en effet, pendant que cette acrimonie augmente l'affluence des humeurs par les vaisseaux exhalants, elle occasione aussi certaine astriction aux vaisseaux absorbants, qui ne peuvent plus rien reprendre. »

Ce que l'on trouve dans Rosen, au sujet des causes de la diarrhée, montre que ce médecin avait d'abord reconnu que l'excès d'aliments, et comme conséquence, que les mauvaises digestions, ainsi qu'il en est (pour nous servir de sa comparaison) de la présence d'un grain de sable dans l'œil, irritent les organes digestifs, provoquent un écoule-

ment extraordinaire de matières fluides, et sollicitent un surcroît de contractions intestinales. Mais incessamment dévié de cette direction par l'entraînement vers les doctrines régnantes, notre auteur ne tarde pas à y aboutir et à se renfermer dans le cercle des idées de son temps. Aussi voit-on dans ses écrits les crudités, l'acrimonie, la bile, les acides jouer les principaux rôles. S'agit-il d'expliquer ce qui arrête l'effet des vaisseaux absorbants, c'est le *strictum* et le *laxum* des méthodistes qui sont invoqués... Les orifices des vaisseaux exhalants ou des glandes sont flasques ou trop lâches, ou les absorbants éprouvent une astriction qui les empêche de rien reprendre; ou c'est à *l'erreur de lieu*, à des glaires qui les obstruent, à des causes mécaniques, à des croûtes, des squames qui les bouchent qu'il est recours. Aux viciations du sang il faut encore joindre, comme complément de médecine humorale, l'écoulement de la transpiration par les intestins, augmentant de la sorte l'affluence des sérosités, non par métastase, non par échange de sur activité fonctionnelle, mais par un transport réel de matières. Il est encore dit que le vomissement est ordinairement de bon augure dans la diarrhée, mais parce qu'il diminue en partie la quantité des matières qui causent la maladie (1).

Si le vomissement peut être considéré comme

(1) Diuturno alvi profluvium detento, sponte superveniens vomitus, alvi profluvium solvit.

(*Aphor.*, Hipp.)

une chose favorable et prévenir la diarrhée, c'est surtout en l'imminence d'une indigestion, quand l'estomac a été trop surchargé d'aliments. Mais, en général, la coïncidence de la cessation de la diarrhée et de la manifestation des vomissements n'est pas d'un si bon augure, car c'est aussi le signal de la marche ascendante et de l'arrivée de l'irritation vers le ventricule, ou celui enfin de l'irruption de quelque grave complication; en quel cas le redoublement de la fièvre ne se fait pas attendre.

Les conseils pratiques de Rosen, au sujet de la diarrhée apyrétique, compagne de maux de tête, d'ophthalmies, de maux de gorge, du travail de la dentition; diarrhée que, dans ces circonstances, il engage à abandonner à elle-même jusqu'à certaines limites, sont bien préférables aux solutions théoriques qui y sont adaptées. Rosen parle de l'activité de la nutrition chez les enfants; mais, entre l'énergie fonctionnelle et la susceptibilité maladive du tube digestif, il ne voit et n'établit aucun enchaînement. Si selon lui les intestins des enfants sont sujets à des dérangements, c'est qu'ils sont, proportionnellement, plus grands que ceux des adultes, ce qui fait que les aliments laissent dans l'estomac beaucoup plus de résidus ou de saburres.

Pour le vomissement, symptôme dont Rosen fait aussi une maladie distincte, se représentent à peu près les mêmes idées produites au sujet de la diarrhée. « Les crudités sont quelquefois d'un caractère rance, ce qui arrive lorsque les sujets prennent trop de lard, etc...; elles ne sont souvent

qu'un flegme visqueux qui s'accumule dans l'estomac quand l'enfant a mangé trop de bouillie, du pain mal fermenté, ce qui météorise l'estomac et le rend dur au tact. L'acrimonie que les aliments contractent dans l'estomac peut être d'un caractère putride, ce qu'on a lieu de présumer si l'enfant a mangé trop de viande : l'odeur d'œuf pourri qui revient à la bouche en est le signe, etc., etc. »

Les vers, la gale répercutée, forment aussi des causes particulières de vomissement.

On peut pressentir les moyens thérapeutiques qui suivent : ainsi se trouvent tour à tour prescrits les vomitifs, les cathartiques, les astringents, les corroborants, les neutralisants. La magnésie, l'ipécacuanha, la rhubarbe, la cannelle, le safran, l'écorce d'orange, le vin chalybé, l'élixir stomacal, l'éthiops martial, le jus de citron, la crème de tartre, l'eau de plantain, etc., forment d'ailleurs la base de la plupart des formules des médicaments internes, tandis que la thériaque, la muscade, l'eau de vie camphrée, sont réservées pour la confection de topiques destinés à être appliqués sur les parois abdominales. Dans la *lienterie*, qui a lieu lorsque les aliments sont rendus par les selles sans être digérés, et peu de temps après avoir été pris; dans le *flux cœliaque* que dénotent des évacuations alvines fréquentes, grises, jaunes et même sanglantes, accompagnées de météorisme et d'obstructions, d'engorgements des glandes du mésentère ; enfin dans les cours de ventre avec présence de pus dans les matières rendues, à part quelques conseils diététiques, le régime lacté

(auxquels il eût mieux valu s'en tenir), se trouvent de nouveau préconisées des prescriptions où entrent quelques unes des substances mentionnées plus haut.

A l'article *vomissement* de l'ancienne édition d'Underwood, il est question du vomissement qui survient par suite d'une trop grande réplétion de l'estomac; de celui qui provient d'un régime acrimonieux; de celui qui n'est que le symptôme d'une autre maladie; enfin du vomissement occasioné par la trop grande sensibilité ou la trop grande irritabilité de nerfs de l'estomac. Dans le premier cas, la diète et les boissons chaudes légèrement aromatiques sont conseillées, tandis que la rhubarbe et la magnésie se trouvent proscrites. La magnésie et de légers laxatifs sont, au contraire, prescrits dans le second; ce qui est encore assez rationnel, s'il est question de remédier au surcroît d'acidités, aux aigreurs, assez véritablement étrangères à une irritation gastrique un peu sérieuse, pour qu'il soit sans danger et utile de les combattre par les *neutralisants;* ainsi qu'il arrive, par exemple, chez les femmes enceintes et chez les jeunes enfants dont l'estomac est surchargé sans mesure de substances farineuses et lactées. Les acides, en effet, produit d'une irritation gastrique à certain mode, à certain degré, réagissent à leur tour sur la surface muqueuse de l'estomac, exaspèrent sa sensibilité, irritent et finissent par enflammer la surface intestinale; les absorbants sont alors les vrais remèdes, quand l'état de l'estomac permet de les administrer. Relativement au troi-

sième cas, il est judicieusement dit qu'en attaquant la cause on trouvera le remède dont il est besoin, c'est le *sublata causa tollitur effectus ;* mais il est douteux que les moyens proposés répondent toujours et complètement aux intentions de l'auteur, car ils se bornent aux soi-disant remèdes capables de resserrer, de fortifier l'estomac, et d'en diminuer en même temps la sensibilité ; tels seraient l'infusion froide de quinquina ou de fleurs de camomille, avec l'écorce d'orange et un peu de rhubarbe ; quelque mixture saline et une goutte ou deux de laudanum ; les fomentations aromatiques ou spiritueuses au creux de l'estomac ; l'emplâtre stomacal avec thériaque, etc... On ne peut de même laisser passer sans critique la prescription d'un vomitif antimonial ; s'il y a de la fièvre, celle de l'oxymel scillitique dans les *dérangements de poitrine*, également avec vomissements. Il est certain que plusieurs de ces pratiques peuvent réussir dans certaines circonstances et sous certaines conditions ; mais c'est ce qu'il eût fallu préciser mieux et plus convenablement ; faute de quoi, on ne peut que désapprouver des préceptes thérapeutiques qui tendent à ne point faire tenir compte des nombreuses et dangereuses contre-indications, ni prévues, ni signalées. Cependant, nous le répétons, quelques uns de ces conseils peuvent ne pas être sans valeur : ainsi, par exemple, s'il s'agit d'atténuer le surcroît d'irritabilité, de combattre l'exaltation de la sensibilité de l'estomac, de chasser les gaz, etc., les fomentations aromatiques ou spiritueuses, l'emplâtre de thériaque à l'épigastre, les

infusions de camomille, etc., peuvent être conseillés avec avantage.

Remarquons ici que l'excès d'aliments et ceux de mauvaise nature déterminent aussi parfois chez les enfants, soit des gastrites, soit des indigestions, ou des pesanteurs, des tiraillements, des douleurs d'estomac, mais que les gastralgies proprement dites sont très rares chez eux; on ne rencontre guère ces névroses avant l'âge de la puberté, et plutôt encore chez les jeunes filles et aux approches de la menstruation; ces affections sont d'ailleurs passagères, intermittentes, irrégulières, ont lieu avant ou après l'ingestion des aliments, qui les calment ou les réveillent. Quand la gastralgie offre une certaine persistance et de la continuité, elle s'allie presque toujours à la gastrite chronique, qui semble alors en être le mobile. Les entéralgies sont plus communes chez les enfants; mais, au lieu de douleurs extraordinairement aiguës, revenant par accès irréguliers et le plus fréquemment entretenues et suscitées par une phlegmasie chronique, par un défaut de traitement ou des écarts de régime, ainsi qu'il en est d'ordinaire chez les adultes, ce sont plutôt, chez eux, des coliques passagères produites par de mauvaises digestions, quelquefois par la présence de vers et plus souvent encore par l'accumulation de gaz. C'est à cette dernière cause que M. Jos. Parrish de Philadelphie attribue la maladie qu'il a décrite, en 1827, sous le nom de spasmes des intestins chez les nouveau-nés; dans cette affection, les intestins seraient le siége d'une grande irritabilité et

seraient atteints de névroses ou spasmes, par suite desquels les fonctions digestives seraient tout à coup troublées : trouble souvent aussi accompagné de convulsions et se terminant par l'émission de gaz intestinaux. Ces accidents ne paraissent dus, en effet, qu'à la quantité de gaz qui distendent douloureusement le tube digestif, lequel finit par s'en débarrasser au moyen des contractions répétées de la tunique charnue. Billard est aussi de cette opinion, et ce qui lui prouve que telle est la cause de ces spasmes, c'est que les accidents cessent aussitôt après que l'expulsion des gaz a eu lieu. M. Parrish est parvenu à faire sortir les gaz contenus dans les intestins, en introduisant dans le rectum une seringue vide, à l'aide de laquelle il les attirait au dehors en retirant le piston.

Les idées d'Underwood sur la diarrhée portent le cachet de l'humorisme le plus absolu; nous n'en voulons pour preuve que les citations suivantes :

« Les intestins sont, chez les enfants, les égouts naturels et critiques de leurs maladies, comme les pores cutanés et les reins le sont chez les adultes. La plupart des maladies chez les enfants, ou résidantes dans les premières voies, ou accompagnées de fièvre, ne paraissent céder à la fréquence des selles qu'on leur procure que pour reparaître bientôt si on interrompt les purgatifs avant que la matière irritante soit évacuée. Si ces purgatifs réitérés ne suffisent pas, on reprendra les absorbants, sans même négliger les opiats. » Il est d'autant plus à croire que dans les inflammations gastro-intestinales, même dans celles aiguës et avec fièvre, les

absorbants, les purgatifs et les opiatiques étaient prescrits par Underwood, *dans le but* de porter, de rejeter au dehors la *matière offensive* et de *calmer la grande irritabilité des intestins*, qu'il insiste sur l'importance de savoir quelle partie de ceux-ci est particulièrement affectée, et qu'il conseille d'examiner attentivement le ventre de l'enfant, de saisir les expressions différentes de la douleur, pour en tirer quelque indication; et cependant, en définitif, c'est toujours au même genre de remèdes qu'il conseille d'avoir recours. Quand les selles sont aigres, granulées ou glaireuses, ou verdâtres ou aqueuses, quand elles sont fétides, quand elles sont sanglantes, etc., avec ou sans fièvre, c'est encore, c'est toujours aux purgatifs qu'il faut s'adresser.

Tout ce que nous venons de citer, tout ce qu'ont émis sur le même sujet Harris et Amstrong, tout ce que l'on trouve à cet égard dans Rosen, se résout en dernier lieu en préceptes que l'on peut, à bon droit, qualifier d'incendiaires; car il ne s'agit rien moins que de fomenter, d'activer ou de susciter des affections inflammatoires gastro-intestinales par une stimulation continue et homicide des organes déjà ou bientôt surirrités. Dans toutes les maladies des organes de la digestion, il n'était, en effet, alors qu'une pensée, la production ou la présence d'acrimonies, de matières vicieuses ou viciées; il n'était qu'un but, l'expulsion et la neutralisation de ces matières.

C'est du brownisme que l'on trouve dans les

conseils relatifs aux affections des voies digestives que donne, dans sa *Médecine maternelle*, le professeur Leroy; c'est de la faiblesse à combattre, des toniques à administrer...; c'est du brownisme, à part les théories simples et ingénieuses. Voici, du reste, un exemple de la diffusion et de la bizarrerie des explications fournies par l'auteur en question : « Tous nos muscles n'agissent que lorsqu'ils ont un point sur lequel ils s'appuient, et d'où réagit et se réfléchit le fluide de la vie. Nous marchons d'autant plus péniblement et nous dépensons d'autant plus de force inutilement, que le point d'appui sur lequel nous marchons est plus mou. Ce qui arrive pour le système musculaire dans l'économie arrive pour tous les autres systèmes : chacun a un point d'appui où les forces vitales vont se porter pour, de là, réfléchir le mouvement dans l'économie. Tout le canal intestinal est le point d'appui du système nutritif et lymphatique du bas-ventre : ce point d'appui cesse-t-il par la perte de la force tonique de tout le canal intestinal, alors tous les fluides sont portés vers ce point relâché, et la vie et le fluide fuient par cette issue ; le canal intestinal, ayant naturellement peu de vie, doit être sujet à cette perte de ton. Mais, dans ce même canal intestinal, tantôt c'est l'extrémité le point d'appui du système sanguin intestinal qui perd son ton, alors afflux sanguin, dyssenterie sanguine; si ce sont les vaisseaux séreux, alors afflux de sérosité; si le foie perd son ressort, ce point d'appui du système biliaire laisse couler

abondamment la bile dans le canal intestinal ; enfin tous les vaisseaux absorbants lymphatiques sont-ils relâchés, alors la lymphe y afflue, etc., etc. »

Baumes, dans son *Traité des convulsions*, parle d'une diarrhée spasmodique nerveuse, à laquelle se lient des accidents nerveux. Baumes se trouvait ainsi sur la voie des sympathies qui unissent l'appareil digestif avec les centres de l'innervation, et cependant il n'aboutit qu'à des conclusions systématiques surannées. La diarrhée nerveuse, suivant cet auteur, dépouille les intestins de leurs mucosités, occasione un épuisement et un relâchement général, jette les nerfs de l'intestin et de l'estomac dans un état de langueur qui entraîne celui de tous ceux du corps, etc.

Pour se rapprocher davantage encore des idées de Cullen, il ne lui restait plus qu'à conseiller de remédier à l'affaiblissement, de fortifier ; mais il se contente de désigner vaguement comme remède les adoucissants. Du reste, dans le dévoiement blanc ou lienterie albumineuse, à l'imitation d'Alphonse Leroy, il conseille le vin de Malaga, les viandes succulentes et même, de préférence, celles d'une *difficile digestion*.

Ce peu de mots de Stoll, au sujet de l'inflammation méconnue du tube intestinal, pourrait être appliqué à plus d'un des préceptes précédemment exposés : *Principium morbi non raro imponit incautis ; frigori, flatui, saburræ, spasmo adscribitur periculoso successu ; calidis, carminantibus, catharticis, tractatur, eventu funestissimo.*

Le professeur Gardien parle de diarrhées symptomatiques qui succèdent à d'autres maladies ; il dit que la diarrhée est plus ou moins grave suivant la différence des causes qui lui ont donné naissance; qu'il faut s'attacher à combattre la cause de cette affection; qu'il ne faut, dans aucun cas, l'arrêter avec précipitation; qu'un cours de ventre ne doit pas être regardé comme une maladie chez les enfants; que, cependant, sa continuité est fâcheuse; que la diarrhée peut dépendre d'une irritation assez vive pour faire craindre l'inflammation; qu'enfin la cause des évacuations qui épuisent l'enfant peut se trouver dans la phlogose chronique de la membrane muqueuse des intestins. M. Gardien appelle le dévoiement qui survient à l'époque de la dentition un coryza sympathique des intestins. Lorsque la dentition est difficile, la violence des douleurs trouble constamment les digestions, et donne lieu à un développement d'acides dans l'estomac et les intestins, qui irritent et agacent ces organes. Les moyens conseillés par M. Gardien, dans les affections gastro-intestinales, sont les adoucissants, les évacuations sanguines, les opiatiques à faibles doses, les astringents, etc. La conservation seule des intitulés de chapitre *de la diarrhée, du vomissement*, symptômes pris pour maladie, est déjà une preuve que l'auteur n'a pas toujours su se dégager des errements de ses devanciers, et M. Gardien le démontre de nouveau, quand il dit que les intestins sont les égouts habituels par où la nature opère ses crises ; que les matières étrangères qui les irritent, une fois éva-

cuées et les douleurs dissipées, on doit prescrire la rhubarbe, pour redonner de la force aux viscères; que les absorbants, unis à la rhubarbe, sont avantageux lorsque les déjections sont verdâtres; et quand enfin il conseille, dans les affections choniques de la membrane muqueuse des intestins, les ferrugineux, le quinquina, la rhubarbe, le sirop de raifort composé, etc., etc. De tels moyens, aussi vaguement qu'imprudemment conseillés, s'ils ne sont aptes à allumer une phlegmasie qui n'existait pas encore, sont plus que capables de réveiller un incendie sourd et peut-être sur le point de s'éteindre. Nous ne soutenons pas cependant que les toniques et les astringents ne puissent convenir dans certains cas de phlegmasies gastro-intestinales. Il peut en être de leur action sur la muqueuse phlogosée de l'intestin ainsi qu'il arrive et que nous le remarquons au dehors à l'égard d'une surface enflammée. L'astriction ou la stimulation qu'ils produisent peut modifier avantageusement la surexcitation sécrétoire ou favoriser l'acte de résolution ; mais ces résultats sont subordonnés aux dispositions générales et locales de l'irritabilité et de la sensibilité, dispositions auxquelles la médication précédente n'est pas étrangère. Si les forces générales et locales n'ont été assez déprimées pour qu'il n'y ait pas lieu de craindre leur puissante réaction, si l'exaltation des propriétés vitales est localement trop grande, dans ces circonstances, toute stimulation directe ou indirecte sera dangereuse et fréquemment fatale.

M. Broussais ne nie pas non plus que les toniques ne puissent être fort utiles, même dans des inflammations gastro-intestinales ; mais c'est à la suite de pertes de sang excessives, soit spontanées, soit provoquées. Voici, en effet, comme il s'exprime à cet égard : « Que la phlegmasie intestinale soit totalement emportée, ou qu'il en reste dans quelque point du canal, l'important est que le sang ne manque pas au cerveau, car la mort en serait la suite nécessaire. Lors donc que le filet de sang artériel est trop exigu à la suite des hémorragies excessives, il faut exciter le cœur et ranimer un peu le canal pour qu'il puisse faire l'absorption ; il le faut, quand bien même il resterait un point de phlegmasie circonscrit dans l'estomac, le duodénum, ou quelque intestin ; il le faut, sauf à revenir ensuite aux émissions sanguines locales, si cette phlegmasie ranimée tend à se propager au cerveau. Reste à déterminer quelle est la voie la plus avantageuse pour le coup de fouet que l'on veut donner : c'est l'analyse physiologique des fonctions, et non l'idée grossière d'une entité morbide comprimant tout l'organisme qui fera connaître cette voie. » (*Examen des doctrines.*)

M. Denis de Commercy (1) a reproduit, à propos des affections des organes digestifs chez les jeunes enfants, plusieurs des propositions établies

---

(1) *Recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques sur plusieurs maladies des enfants nouveau-nés.* 1826.

par M. Broussais. « Les affections digestives ont pour caractère l'instabilité ; et c'est surtout de haut en bas que les phlegmasies des membranes muqueuses digestives se propagent et se déplacent. » Il faut ajouter que, quand ces phlegmasies débutent par la partie inférieure du tube digestif, c'est au contraire de bas en haut qu'elles tendent à cheminer. « Le canal alimentaire influe puissamment par ses réactions, non seulement sur les différentes parties, mais encore sur l'état de tout l'organisme, et à son tour il est rapidement influencé par l'activité propre à tous les autres organes; mais cependant il est surpassé dans cet échange, parce qu'il est plus excitable et sans cesse excité : enfin il est, par suite, très rare de rencontrer une altération d'un organe quelconque, bien développée sans gastro-entérite. »

Nous sommes loin de nier les sympathies qui unissent les viscères abdominaux au reste de l'organisme; mais nous croyons néanmoins qu'il y aurait quelque exagération dans l'opinion qui admettrait que notre machine ne fût vulnérable que par le ventre, qui tendrait à établir, pour ainsi dire, dans tout état de maladie, la fatalité des lésions directes ou sympathiques des organes gastro-intestinaux, et constituerait enfin en ce sens une sorte de triste monopole en faveur de ces organes.

Ce que semble démontrer l'observation la plus désintéressée, la plus dégagée de toute préoccupation systématique, de toute prévention théorique, c'est que les phlegmasies du triple appareil splanchnique, du cerveau et de ses enveloppes, des pou-

mons, des bronches et des plèvres, de l'estomac et des intestins sont très fréquentes pendant les deux dernières époques de l'enfance (de la deuxième à la quatorzième année), sans qu'il soit même, en général, toujours facile ou possible de décider lesquelles à cet égard l'emportent sur les autres. Mais, quant à la manière, à l'ordre suivant lequel s'interposent, se compliquent entre elles les affections phlegmasiques broncho-pulmonaires et gastro-intestinales, les faits apprennent aussi que c'est le plus souvent par le poumon et les bronches que procède la maladie complexe, avant de se manifester du côté du ventre; tandis que le contraire a lieu, que les organes gastro-intestinaux sont, en quelque façon, les foyers les plus ordinaires de propagande dans les maladies réunies de la tête et du ventre.

Plusieurs de nos observations témoignent aussi que c'est plutôt secondairement que dans les gastro-entérites se déclarent les symptômes cérébraux, et que c'est surtout vers les dernières périodes des affections aiguës ou chroniques du poumon, des bronches et même de la peau, que se manifestent les complications du côté du ventre.

Selon M. Denis, les ulcérations du gros intestin sont infiniment plus rares que celles de l'estomac, mais moins que celles de l'intestin grêle, où, dit-il, leur existence est encore problématique. Cependant M. Denis adopte l'opinion d'après laquelle les ulcérations gastro-intestinales auraient toujours, pour point de départ, les follicules de la membrane muqueuse digestive; et ce serait, ce

nous semble, un motif pour considérer la présence d'ulcérations dans le jéjunum, et surtout dans l'iléon, comme assez fréquente : car il résulte, des recherches consignées dans l'ouvrage de Billard (qui, ainsi que M. le docteur Denis, s'est spécialement occupé des maladies des enfants du premier âge), que les entérites folliculeuses ne sont rien moins que rares chez les jeunes enfants; que, si elles ne s'y présentent avec l'appareil ataxo-adynamique dont elles s'entourent chez les adultes, elles ne laissent pas moins sur le cadavre les mêmes traces que l'on rencontre chez ceux-ci. Les ulcérations de l'estomac et de l'intestin grêle nous ont toujours paru assez fréquentes chez les enfants du second âge, celles du petit intestin plus communes que celles du gros, et nous nous étonnons encore que M. Denis, qui, un des premiers, a observé chez les jeunes enfants et décrit la maladie caractérisée par l'inflammation de l'appareil folliculeux intestinal, ait considéré les ulcérations de l'iléon et du jéjunum comme problématiques. Cet auteur a observé cinq à six fois la destruction gangreneuse de la membrane muqueuse de ces régions; mais jamais il n'a trouvé de muguet dans le petit ou le gros intestin. Cette altération de sécrétion a été, au contraire, rencontrée par Billard, non seulement aussi dans l'estomac, mais dans le reste du tube intestinal. MM. Veron et Guersent parlent du muguet de l'estomac et du gros intestin comme d'une chose assez rare, et considèrent celui de l'intestin grêle comme plus rare encore. Le muguet est surtout commun vers l'époque de la naissance, quoi-

qu'il soit possible de l'observer (mais très rarement) à tous les âges. Nous n'avons jamais rencontré le muguet des intestins chez des sujets de trois à douze ans; dans deux cas, cependant, il existait dans la bouche et au pourtour de l'anus.

Nous n'avons jamais rencontré non plus la gangrène partielle, suite de l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale; M. Jules Cloquet l'a particulièrement trouvée chez des enfants en bas âge; et Billard, auquel nous empruntons cette citation, avoue qu'il n'a jamais eu l'occasion d'observer cette espèce d'ulcération gangreneuse.

L'épaississement, produit de l'action nutritive, vicieusement accrue de la membrane muqueuse gastro-intestinale, résultat fréquent de l'inflammation chronique de cette membrane, a été décrit par M. Denis, comme provenant d'une exhalation interstitielle de lymphe coagulable. Cet observateur attribue aussi à un semblable travail morbide le développement des follicules intestinaux, dont nous nous occuperons bientôt, et la production des plaques gaufrées, qu'avec M. Cruveilhier nous considérerions plutôt comme des cicatrices d'ulcérations. Ces sortes d'altérations ou de modifications organiques sont particulièrement un dernier résultat de l'affection des plaques de Peyer, et c'est à tort que M. Louis a prétendu, à propos de la fièvre grave, que les enfants n'en présentaient jamais, puisqu'il est constant qu'ils sont sujets, quoiqu'à un moindre degré que les adultes, aux formes typhoïdes.

M. Denis décrit comme conséquences de phleg-

masie gastro-intestinale l'altération blanche et le ramollissement gélatiniforme. Cette altération blanche a lieu lorsqu'une certaine quantité d'exsudation pultacée a été déposée à la surface de la muqueuse injectée, qui, alors, ne tarde pas à se décolorer, et acquiert même peu à peu une blancheur mate fort remarquable. M. le docteur Denis n'hésite pas à déclarer que la pâleur de la membrane muqueuse est certainement produite par la continuité de l'irritation, et que cette teinte annonce une altération de texture qui peut disparaître, mais qui, si le stimulus agit encore, finit par devenir si profonde, qu'elle amène sa désorganisation. Trois hypothèses se présentent à lui pour expliquer cette forme singulière d'altération inflammatoire : 1° engorgement des vaisseaux par les fluides blancs; 2° retrait du sang; 3° ce retrait est l'accumulation de la matière caséeuse des follicules, son absorption par les lymphatiques. Dans l'altération blanche à un haut degré, la membrane muqueuse, bien lavée et débarrassée des fluides qui la souillent, semble, selon cet observateur, parsemée de points blancs. Il signale comme désorganisation arrivée à la suite de cette altération blanche un amincissement, une friabilité et une destruction de la muqueuse qui se détache par lambeaux, et regarde encore comme appartenant aux suites de cette maladie une dégénérescence caractérisée par une infinité de points noirs qui sont répandus souvent sur toute la continuité de cette membrane.

M. Denis parle ensuite du ramollissement gélatiniforme (décrit en 1811 par Joeger, et en 1821

par M. Cruveilhier), qui affecte surtout l'estomac, et de préférence sa portion splénique. Il est tantôt blanc ou fauve, tantôt brun, tantôt rouge, très injecté ou privé de sang. Les progrès de cette altération sont divisés en trois périodes : 1° injection avec infiltration; 2° retrait du sang; 3° désorganisation.

Ces désordres sont les conséquences de gastrites entérites, gastro-entérites, ou colites chroniques. Le travail morbide se traduit pendant la vie par les symptômes propres à ces maladies, et les symptômes ordinaires des affections inflammatoires aiguës des organes de la digestion, auxquels succèdent souvent les précédents, forment les prodromes les plus habituels des altérations organiques dont il vient d'être question.

M. Guersent (à l'article *Dentition* du *Dictionnaire de médecine*, en vingt et un volumes, 1823) décrit une maladie particulière, caractérisée par des vomissements, sans aucun signe de gastrite, et par des flux diarrhéiques sans aucune inflammation de l'intestin. Les vomissements, souvent réunis à la diarrhée séreuse, ont, suivant ce médecin, beaucoup d'analogie avec le choléra-morbus; à l'ouverture, toutes les membranes de l'estomac et de l'intestin apparaîtraient pâles, décolorées, presque transparentes, comme lavées ou macérées dans l'eau. Quelquefois, cependant, est-il ajouté, on trouve un peu de rougeur sur la membrane muqueuse du cæcum et du colon, et l'on retrouve aussi quelquefois des ramollissements gélatineux de l'estomac, ou d'une partie de l'intestin

grêle. Cette affection, du reste, ne s'observerait que chez les très jeunes enfants, et particulièrement depuis l'âge de trois ou quatre mois jusqu'à la fin de la première dentition. M. Guersent prétend ensuite que la maladie en question dépend essentiellement d'une altération des fonctions de toutes les membranes gastro-intestinales, et des fluides différents qui sont sécrétés par elles; altération qui ne peut être rapportée, selon lui, ni aux phlegmasies, ni aux névroses, ni même au *ramollissement gélatiniforme;* et enfin ce qui tendrait à isoler cette espèce de maladie des phlegmasies serait la nature du traitement qui convient. Les preuves alléguées sont que les sangsues, presque toujours inutiles, deviennent même nuisibles, à moins qu'il n'y ait de la fièvre, des selles glaireuses et sanguinolentes; que les toniques, et les excitants surtout, sont néanmoins toujours nuisibles, et aussi dangereux que les vomitifs, tandis que la diète la plus sévère, les boissons adoucissantes et gommées, les lavements, les fomentations, les cataplasmes émollients suffisent souvent pour arrêter les progrès du mal.

Notre conviction est loin d'avoir été entraînée surtout par les derniers arguments produits en faveur de la nature non inflammatoire d'une prétendue maladie particulière assez vaguement caractérisée. Une diète sévère, des adoucissants, des émollients constituent déjà, en effet, un traitement antiphlogistique, énergique pour de jeunes sujets, et la contre-indication des sangsues, chez les enfants très jeunes, faibles et déjà débilités par les déjections et

la diète, ne prouve nullement la non-existence d'irritation gastro-intestinale. D'ailleurs, les sortes de macérations, les ramollissements, même avec décoloration, les rougeurs du cæcum et du colon seraient pour beaucoup très significatifs.

Billard regarde aussi comme étranger à la phlogose l'état de la membrane muqueuse intestinale, dans lequel celle-ci est décolorée, amincie, et tombe en pulpe. Ces lésions sembleraient, selon lui, résulter d'une sorte d'étiolement, de faiblesse, de défaut de nutrition existant chez les enfants soumis à une mauvaise alimentation et entourés de causes insalubres. Mais ce médecin considère le ramollissement gélatiniforme comme provenant d'une inflammation aiguë ou chronique. Cette désorganisation de la muqueuse gastrique a pour caractère l'accumulation de sérosité dans les parois de l'organe, le boursouflement et la consistance gélatineuse de la membrane interne; pour symptôme principal, des vomissements continuels : elle peut donner lieu à des perforations et se développer surtout à l'époque ou aux environs de la première dentition. Nous ne pouvons nous dispenser d'emprunter, à ce sujet, quelques citations à M. Cruveilhier, un des auteurs qui, les premiers, aient exploré et décrit cette altération spéciale. Si la maladie est intestinale, elle a pour symptômes principaux, suivant ce médecin, une diarrhée verte très fréquente, et des vomissements muqueux ou bilieux si elle attaque l'estomac; dans l'un et l'autre cas, d'ailleurs, se remarquent une soif ardente, un amaigrissement très rapide, une pros-

tration de force excessive, une face décomposée, un assoupissement léger interrompu par des cris et des contorsions, un pouls lent et irrégulier, le froid des extrémités; le résultat cadavérique est une désorganisation gélatiniforme avec ou sans perforation de l'estomac et des intestins. Peut-on méconnaître, ajoute M. Cruveilhier, dans les causes de cette maladie, dans le genre de lésion qui la constitue, dans le traitement qui lui convient, une irritation vive d'où résulte un afflux répété de liquides blancs destinés, sans doute, à l'exhalation, mais qui trouvent une texture trop délicate, distendent, désorganisent les tissus et les pénètrent comme un corps inerte?

C'est surtout chez les enfants, dont les plus jeunes avaient deux, trois et quatre ans, que nous avons plus spécialement observé et étudié les maladies des organes gastro-intestinaux, et c'est précisément vers cet âge que ne se rencontrent plus, ou du moins que très rarement, les ramollissements blancs de la muqueuse intestinale, altération organique dont, particulièrement aussi, le docteur Billard refuse de faire la part de l'activité ou de la suractivité vitale, et qu'il attribue à une sorte de décomposition. C'est à l'hôpital des Enfants-Trouvés de Paris que Billard a fait ses observations, et c'est sur des enfants de quelques jours à quelques mois que ses recherches ont porté. Ainsi que nous l'avons déjà dit, notre terrain d'étude n'a pas été le même, mais les faits peu nombreux en ce genre qu'il nous a été donné d'observer n'ont pas été de nature à nous faire partager l'opinion de ce méde-

cin, dont nous fûmes le condisciple dans les hôpitaux de Paris, et dont nous apprécions le talent et la bonne foi.

On peut, du reste, expliquer la production de ces sortes d'altérations d'apparence hyposthénique, en expliquer l'activité formative et sans avoir besoin de recourir aux phénomènes de la phlogose. En rendant, en effet, à l'irritation son véritable sens, en cessant de la confondre avec l'inflammation, en se rappelant que les effets de l'irritation diffèrent suivant les tissus dont l'action est exaltée, on arrive à une solution satisfaisante et physiologique, basée sur la connaissance des tissus élémentaires et l'existence de vaisseaux exhalants et absorbants, révélées plutôt, il est vrai, par induction et nécessité physiologique que par preuves anatomiques, mais établies, néanmoins, sur des données assez positives pour qu'on puisse les admettre (1). L'effet de l'action exaltée des absorbants nutritifs est d'extraire plus de molécules organiques qu'ils ne doivent en rapporter physiologiquement dans la circulation. De là, en effet, les désorganisations de tissus, les amincissements, les ramollissements sans rougeur; car l'absorption peut s'exercer avec plus ou moins d'énergie sur le tissu vasculaire et s'emparer des particules sanguines. L'irritation des exhalants nutritifs a pour résultat de verser au sein des organes plus de matériaux que dans l'ordre

---

(1) Nous aurons, du reste, bientôt l'occasion de revenir sur ce sujet.

naturel ; de là les hypersarcoses, les flux, les afflux des liquides excrémentitiels, récrémentitiels, etc... En termes plus généraux, s'offre donc, pour expliquer ces sortes d'altérations organiques, de forme primitivement ou consécutivement hyposthénique, cette supposition : que les fonctions nutritives, assimilatrices, sont alors enrayées, s'exercent incomplètement ou faiblement ; tandis que les actions ou fonctions opposées continuent et, dans tous les cas, l'emportent sur les précédentes. C'est donc, en définitif, toujours accuser, comme nous l'avons fait plus haut, la suractivité, l'exaltation relative, l'irritation des forces dessassimilatrices, et tout se réduit encore à une modification locale de l'irritabilité.

C'est là de la théorie, si l'on veut, mais elle touche du moins les faits de si près, elle est si féconde en résultats pratiques, qu'il est impossible de ne pas s'y appesantir. Comment pénétrer autrement d'ailleurs que par la pensée cette intimité moléculaire, cette chimie, ces mouvements organiques, que le principe vital qui les embrasse rend inextricables et insaisissables comme lui ! Dans les questions au dessus des moyens de l'homme, il ne peut juger des choses qu'il ne voit pas que par induction sur celles qu'il voit ; la vérité est là ou bien proche quand toutes les analogies témoignent de sa présence.

On a distingué, dès la plus haute antiquité, les maladies de l'intestin grêle et celles du gros intestin ; Celse remarque que cette distinction avait été faite long-temps avant lui par Dioclès.

Sur quatre-vingts cas d'inflammation du tube intestinal, Billard a observé trente cas d'entéro-colite, trente-six d'enterite et quatorze de colite. Il lui a toujours été impossible, chez les enfants à la mamelle, d'établir une distinction tranchée entre l'inflammation du duodénum et celle du reste de l'intestin grêle. Sur trente cas d'entéro-colite, il y a eu vingt fois du dévoiement de matières jaunes et quelquefois vertes; chez les dix autres, pas de dévoiement; chez tous, ballonnement du ventre et douleur à la pression; chez douze, vomissements de matières jaunâtres, bien qu'il n'y ait pas de gastrite; chez tous, le pourtour de l'anus offrait une rougeur érythémateuse. La langue a très souvent été rouge et sèche, la peau très chaude et très aride; mais le pouls très rarement élevé jusqu'au degré qui indique ordinairement la fièvre, souvent même ses battements étaient faibles et ralentis.

Sur les trente-six cas où l'intestin grêle seul était enflammé, quelle que fût, du reste, la variété de l'inflammation, il y a eu vingt fois des vomissements, soit de boissons, soit de matières intestinales; et, parmi vingt cas de vomissements, l'inflammation avait pour siége la région iléo-cæcale, et même la valvule de Bauhin chez quinze; de sorte qu'il serait fort possible, est-il dit, que l'obstruction résultant de la tuméfaction de cette valvule fût une cause de l'interruption des matières intestinales et, par suite, des vomissements. Toujours le ventre a été ballonné, sinon dès le début de la maladie, du moins pendant son cours; il y a eu vingt-cinq fois dévoiement de matières jaunes,

et souvent d'un vert analogue à celui du méconium; la langue a presque toujours été rouge, la peau chaude, le pouls peu agité, si ce n'est chez deux enfants assez avancés en âge, et dont l'un avait une inflammation très intense des follicules mucipares.

Enfin, dans les quatorze cas dé colite, il y a toujours eu dévoiement, et le ballonnement du ventre a été, en général, moins considérable; six fois seulement les enfants ont vomi; le plus souvent l'agitation était plus grande et la sécheresse de la peau considérable; elle était froide et aride; le pouls n'a pas offert plus d'élévation que dans les cas qui précèdent. Les quatre-vingts enfants qui font le sujet de cette analyse étaient, pour la plupart, âgés d'un jour à six mois; quelques uns avaient de six mois à un an.

Il résulterait, selon Billard, de ce calcul qu'il est fort difficile de diagnostiquer, chez les enfants à la mamelle, l'inflammation du tube intestinal; que cependant il semblerait que les signes propres à l'entérite seraient le ballonnement rapide et considérable du ventre, le dévoiement accompagné de vomissements; tandis que, dans la colite, le dévoiement seul, sans ballonnement du ventre, serait plus fréquent; qu'enfin les symptômes des maladies des voies digestives, chez les enfants naissants, sont presque toujours locaux, et ne donnent lieu aux symptômes de réaction générale qu'à mesure que l'enfant avance en âge, etc.

Billard pense aussi que l'entérite est la complication la plus commune de la gastrite; car, sur cent

cinquante cas d'inflammation de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif qu'il a recueillis, il a observé quatre-vingt-dix cas de gastro-entérite, cinquante cas d'entérite sans gastrite, et dix seulement de gastrite sans entérite. Sur quarante cas d'entérite érythémateuse sans complications, observés chez des sujets âgés d'un jour à un an, chez trente il y avait dévoiement de matières jaunes et assez liquides; chez six, vomissements de boissons; chez vingt-cinq, ballonnement du ventre; chez quatre, des selles naturelles; chez six, pas de dévoiement; chez cinq, rougeur érythémateuse aux environs de l'anus; chez aucun, transpiration abondante; tandis que, chez presque tous, la peau était sèche et brûlante; chez quatre seulement se remarquait une accélération fébrile du pouls. Chez vingt-cinq, la figure avait une expression particulière de douleur caractérisée surtout par des rides verticales à la racine du nez et le tiraillement, en dehors, des commissures des lèvres. Sur quatre sujets, il y avait du sang exhalé dans différents points du tube intestinal, où existait une inflammation vive : un de ces enfants en avait rendu une certaine quantité par le vomissement et par les selles.

Enfin, sur quinze cas de dévoiement chronique chez des enfants de quinze jours à deux mois, Billard observa sur huit la décoloration des téguments et du tube intestinal, chez presque tous le ballonnement du ventre, beaucoup de gaz intestinaux, et des matières fluides, blanches, écumeuses.

Rapprochons maintenant de ces recherches ce

que nous avons de notre côté recueilli, afin de faire mieux ressortir les dissemblances et les points de contact que présentent des relevés statistiques semblables concernant des âges différents.

Sur cinquante-sept cas d'affections gastro-intestinales observés chez les enfants, deux de ceux-ci étaient âgés de vingt-deux mois, dix étaient âgés de deux ans, deux de deux ans et demi, dix de trois ans, trois de trois ans et demi, quatre de quatre ans, un de quatre ans et demi, un de cinq ans, un de cinq ans et demi, quatre de six ans, deux de six ans et demi, trois de sept ans, deux de huit ans, deux de neuf ans, deux de dix ans, quatre de onze ans, deux de douze ans, un de treize et un de quatorze ans.

Sur ces cinquante-sept observations, se trouvaient quatre cas de gastrite, six cas de gastro-entérite, treize de gastro-entéro-colite, huit de gastro-colite, quatre d'entérite, onze d'entéro-colite, quatre de colite. Dans trois cas, il existait seulement un certain développement partiel des follicules isolés, dont l'orifice de quelques uns était indiqué par un point noir; et enfin, dans quatre autres cas, il n'existait aucune trace de phlegmasie, aucune lésion appréciable dans le tube digestif, aucun développement anormal des glandes mucipares de la membrane muqueuse.

Les diarrhées furent au nombre de trente-sept; il y eut des vomissements dans trois cas, de la diarrhée et des vomissements dans dix, ni diarrhée, ni vomissements dans sept cas.

Ces symptômes furent répartis de la manière suivante :

Nombre de fois que furent observés ces phénomènes dans les cas désignés au dessus de chaque colonne.	Gastrite.	Gastro-entérite.	Gastro-entéro-colite.	Gastro-colite.	Entéro-colite.	Colite.	Entérite.	Développement de follicules.	Nulle trace appréciable.	Récapitulation des symptômes.
Diarrhée.	1	5	5	3	9	4	4	2	4	37
Vomissements.	2	»	»	»	1	»	»	»	»	3
Vomissements et diarrhée.	»	1	5	3	»	»	»	1	»	10
Ni vomissements, ni diarrhée.	1	»	3	2	1	»	»	»	»	7
Récapitulation des faits...	4	6	13	8	11	4	4	3	4	57

Le pouls était fébrile dans trente-huit cas ; la fréquence du pouls s'est presque toujours accompagnée de chaleur à la peau ; il y eut des symptômes cérébraux dans dix-sept cas. Le ventre fut douloureux à la pression dans quatorze cas, douloureux et ballonné dans neuf. Il existait de la rougeur, principalement vers la pointe et les bords de la langue, dans six cas d'inflammations gastro-intestinales ; dans quatre autres cas, la langue était également rouge ; mais il n'y avait traces de phleg-

masie que dans l'intestin et nullement du côté de l'estomac.

Dans six cas, les marques de phlegmasie du tube digestif s'étendaient simultanément dans le duodénum; ces duodénites compliquées, ou ces complications de duodénite, n'ont pas donné lieu, pendant la vie, à des phénomènes particuliers ou à des modifications dans les symptômes existants. Dans un cas, néanmoins, avaient été remarqués un état fébrile, la rougeur de la langue, des vomissements, de la soif, de la sensibilité à la pression vers les régions épigastrique et iléo-cæcale : on trouva, à l'ouverture, les follicules du duodénum rouges, développés et boursouflés; de plus, des traces d'entéro-colite. Selon les prévisions ordinaires, c'étaient des preuves cadavériques de gastro-entérite que l'on devait s'attendre à trouver. Comme dans les cinq autres observations l'inflammation du duodénum s'associait à celle de l'estomac, ce n'est que d'après ce seul fait que pourrait être ici établi que les symptômes de la gastrite et de la duodénite offrent parfois une grande analogie.

Les matières rendues par les selles étaient verdâtres chez huit sujets; chez quatre, ces excrétions porracées s'associaient avec le seul développement ou le boursouflement des follicules intestinaux; et chez les quatre autres, ces déjections de même apparence ne se trouvèrent plus coïncider avec de pareilles altérations organiques. C'est, néanmoins, à l'irritation des follicules intestinaux que nous avons entendu M. Guersent attribuer la production de la diarrhée verte. Selon Billard, la diarrhée jaune

écumeuse et fluide est très souvent accompagnée d'inflammation ; la diarrhée blanche et muqueuse est souvent produite par une augmentation de sécrétion des follicules mucipares de l'intestin, et la diarrhée mélangée de flocons verdâtres a souvent lieu sans inflammation (1). Pour nous, il est démontré que la diarrhée verte et que les déjections muqueuses blanchâtres ne se lient pas exclusivement à l'irritation ou à la phlegmasie des glandes ou follicules de la membrane muqueuse intestinale, et qu'en général les circonstances sous l'influence desquelles les produits des excrétions diarrhéiques présentent des modifications, soit dans leurs qualités chimiques, soit dans leurs qualités physiques, soit même seulement dans leur quantité plus ou moins grande, échappent absolument (2).

Quant aux lieux d'élection de la phlegmasie dans l'intestin, il semble résulter, des faits dont nous présentons l'analyse, que c'est la fin de l'iléon qu'elle semble affectionner dans l'intestin grêle; que, dans le gros intestin, son choix semble se

---

(1) M. Baron pense que, quand la diarrhée est verte, l'intestin grêle est toujours enflammé, et que dans la colite simple la diarrhée n'offre jamais cette couleur.

(2) M. Baron attribue à la présence de la bile, à son épanchement, la coloration en vert des matières des déjections. Il ne croit nullement que cette couleur porracée tienne à l'irritation ou à l'inflammation des glandes ou follicules mucipares de l'intestin.

porter d'abord sur le cæcum, puis sur l'*S* du colon, puis enfin sur le rectum (1).

Au nombre des lésions organiques relatives aux affections que nous venons d'examiner, nous citerons un cas d'ulcération de l'estomac, quatre de l'intestin grêle, deux du gros intestin, trois de l'estomac et de l'intestin grêle, un de l'estomac, de l'intestin grêle et du gros intestin; trois cas de ramollissements partiels de l'estomac, dont un avec perforation; un cas de ramollissement partiel du gros intestin.

Dans dix-sept cas, il existait des traces de phlegmasie vers divers points du tube digestif, et les follicules intestinaux étaient évidemment enflammés ou simplement hypertrophiés. La coïncidence des phénomènes fonctionnels morbides et des altérations organiques qui constituent les dothinentéries a été observée dans six cas.

Dans à peu près pareil nombre de faits, les traces cadavériques seules auraient pu trahir ces affections, dont les symptômes ordinaires de l'entérite avaient été les seules manifestations pendant la vie. Dans sept cas, enfin, les seuls points de contact que les phlegmasies gastro-intestinales présentaient

(1) Selon M. Baron, les inflammations de l'estomac sont plus rares, chez les enfants, que celles des intestins en général; celles de l'intestin grêle plus fréquentes que celles du gros intestin; mais le plus souvent, chez eux, ces diverses phlegmasies se combinent entre elles.

avec les fièvres typhoïdes étaient les lésions des glandes du mésentère. De ces faits, ne peut-on conclure que l'entéro-mésentérite simple ne donne pas lieu aux symptômes de la fièvre *grave;* que les symptômes même de la dothinentérie, tels qu'on les a décrits minutieusement, ne se présentent pas toujours comme l'expression physiologique morbide de l'altération phlegmasique des follicules isolés ou agminés de la fin de l'intestin grêle, de l'entéro-mésentérite pustuleuse?

Billard, avons nous dit, a reconnu que, chez les très jeunes enfants, l'inflammation de l'appareil folliculeux digestif ne donnait pas lieu, ainsi qu'il en est chez les adultes, à des symptômes *fort analogues* à ceux qu'on avait assignés aux fièvres putrides et adynamiques, mais à ceux qui forment le cortége ordinaire de l'entérite. Chez les enfants âgés de trois, quatre ans et plus (car nous n'avons jamais, en effet, chez de plus jeunes, retrouvé au complet les symptômes et les lésions de la *dothinentérie*), la physionomie particulière de la maladie, les formes typhoïdes, en un mot, se sont offertes à nous environ dans la moitié des circonstances. Les phénomènes de participation du cerveau (nous le répétons aussi) peuvent également surgir avec une telle énergie, qu'ils masquent l'affection cérébrale (obs. 38, 39); ce qui, d'ailleurs, arrive quelquefois pareillement dans les gastro-entérites ordinaires et encéphalites simultanées. Quand les phlegmasies gastro-intestinales, même celles dans lesquelles les follicules se trouvent

épargnés, se compliquent de méningo-encéphalites de quelque intensité, en général les symptômes du côté de la tête ne tardent pas à primer : la diarrhée n'a pas lieu, ou elle cesse, si elle existait, pour ne reparaître qu'au déclin de l'affection cérébrale. Enfin il est à remarquer que les gastro-entérites ordinaires avec symptômes d'irritation encéphalique offrent souvent, chez les enfants, beaucoup de ressemblance avec les dothinentéries.

Dix-sept fois, dans nos cinquante-sept observations, se sont manifestés des symptômes cérébraux : c'est presque dans le tiers des cas. La réaction, vers le cerveau, des phlegmasies gastro-intestinales est incontestablement plus fréquente dans l'enfance qu'à tous les autres âges; telle est, du reste, aussi l'opinion de l'illustre professeur de la Faculté et du Val-de-Grâce. « Tous les médecins capables de bien observer savent que l'irritation de l'encéphale, consécutive à la gastro-entérite, est extrême dans le jeune âge, et produit une congestion cérébrale qui paraît être le symptôme prédominant; ce qui est beaucoup plus rare chez les adultes. » (*Examen des doctrines*, pag. 427.) Cette fréquence, chez les enfants, de la propagation vers la tête de l'irritation abdominale et la prédominance que ne tardent pas à acquérir les symptômes cérébraux ont servi de texte à un ouvrage publié, en 1826, par M. Sablairoles.

Les phénomènes de participation du système circulatoire, dans les phlegmasies gastro-intestinales, seraient rares chez les très jeunes enfants, d'après

les relevés de Billard (1) ; mais il n'en serait point ainsi à l'égard des enfants d'un âge plus avancé : dans les deux tiers des faits qui les concernent, la réaction fébrile ici, en effet, s'est constamment associée, chez eux, aux lésions gastro-intestinales. Le ventre était sensible et ballonné dans neuf cas ; il était simplement douloureux à la pression dans quatorze. La sensibilité abdominale était donc, en général, augmentée dans environ la moitié des cas. Mais nos remarques ne tendent nullement à confirmer cette proposition : *Que le développement rapide et considérable du ventre, joint aux vomissements et à la diarrhée, appartient à l'entérite ; tandis que dans la colite le dévoiement seul existerait sans ballonnement.*

Le ventre était ballonné et douloureux dans un cas de gastrite, dans six cas de gastro-entéro-colite, dans un cas d'entérite, et dans un d'entéro-colite (2). Sa sensibilité était seulement exaltée dans un cas de gastrite, dans un de gastro-entérite, dans quatre de gastro-entéro-colite, dans six d'entéro-colite, dans un cas de gastro-colite, puis enfin dans un cas où nulle lésion organique appréciable ne fut trouvée après la mort.

La diarrhée est évidemment le symptôme le plus commun dans les affections des voies digestives chez les enfants : elle existait seule chez les deux

---

(1) Opinion que ne partage pas M. Baron.

(2) Le ballonnement du ventre se rencontrerait donc surtout dans les phlegmasies étendues.

tiers des sujets soumis à notre observation ; elle s'unissait au vomissement chez dix individus : en tout elle s'est manifestée quarante-sept fois.

Les vomissements se sont rencontrés dans une proportion moins élevée et dans des conditions pathologiques moins précises, moins constantes. Trois fois ces symptômes se sont déclarés isolément; dix fois ils se sont joints à la diarrhée. Dans trente et une observations, où l'inflammation de l'estomac existait isolément (quatre fois) ou réunie à celle de l'intestin (vingt-sept fois), il n'y eut donc, en effet, que treize cas de vomissements.

Ce qui semblerait prouver que les vomissements n'ont pas toujours nécessairement lieu dans la gastrite, et qu'ils sont encore moins, en ce sens, pathognomoniques chez les enfants dans l'association de cette phlegmasie avec celle du petit ou du gros intestin (1). M. Andral dit, dans sa *Clinique médicale*, page 541, qu'aucun rapport ne saurait être établi entre l'existence des nausées ou des vomissements, et un état déterminé de l'estomac, appréciable sur le cadavre. Cette assertion est peut-être généralement trop absolue, et en ce qui concerne les enfants, on pourrait la trouver inexacte, au moins dans la moitié des circonstances. Il est vrai que ces symptômes seraient peu

---

(1) Suivant M. Baron, les vomissements ont souvent lieu, chez les jeunes enfants, dans la gastrite; mais ils se présentent aussi quand l'intestin seul est phlogosé.

significatifs dans la grande majorité des cas, s'ils fixaient seuls l'attention, et étaient considérés abstraction faite de tous les autres phénomènes concomitants. Mais il ne peut en être ainsi, et toutes les autres coïncidences doivent être scrupuleusement scrutées et recueillies. Chez les adultes même, certains rapports peuvent indubitablement aussi être établis, nous ne disons pas toujours, mais dans certains cas, entre l'existence des nausées ou des vomissements, et un état déterminé de l'estomac, appréciable sur le cadavre. Ainsi, dans le cancer stomacal, par exemple, il faut tenir compte du caractère particulier des douleurs, de la tumeur épigastrique, que l'on rencontre assez fréquemment, de la teinte safranée des téguments, de cette diathèse spéciale, si bien signalée, des matières noires rendues par la bouche, etc., etc., et on reconnaît souvent alors que les vomissements se lient à une altération organique connue, et que l'autopsie rendra palpable. Il en est encore ainsi dans certains cas bien tranchés de gastrite aiguë, dans celle qui résulte de l'ingestion dans l'estomac de substances corrosives ; la tension, le soulèvement de l'épigastre, la douleur de cette région, les escarres de la bouche et de la langue, la rougeur de cet organe, les hoquets, et bien d'autres épiphénomènes et renseignements concourront à éclairer le médecin, et feront prévaloir une opinion opposée à celle dont nous avons parlé. Nous ne prétendons pas cependant que l'erreur ne soit possible, et que particulièrement chez les enfants, où les vomissements sont faciles et fréquents, ces

phénomènes mêmes, étayés d'autres symptômes, ne soient parfois insuffisants pour assurer la justesse du diagnostic; mais nous pensons qu'il n'en est pas toujours ainsi. La plupart des maladies un peu sérieuses débutent bien, chez eux, par des nausées et des vomissements, et ces accidents sympathiques se continuent quelquefois assez long-temps, ou même persistent (ainsi qu'il en est dans quelques affections cérébrales) pendant tout le cours de la maladie principale; mais il est encore cette différence entre les vomissements qui dépendent d'une phlegmasie de l'estomac et ceux qui ne sont que sympathiques, c'est que ceux-ci ont lieu avant ou après l'ingestion des aliments ou des boissons, qu'ils sont moins accompagnés d'efforts et de nausées, de douleur épigastrique ou plutôt gastrique, qu'ils ont lieu, enfin, avec une facilité remarquable.

On pourra juger, d'après le tableau que nous avons précédemment exposé, des rapports qui, dans nos observations, se sont présentés entre les symptômes et les lésions organiques; nous ferons plus particulièrement remarquer ici qu'il y eut de la diarrhée dans quatre cas d'entérite et dans quatre de colite, qu'il s'en manifesta dans un cas de gastrite, dans trois où les follicules intestinaux étaient seulement développés ou marqués d'un point noir, et pareillement dans quatre où nulle trace de phlegmasie n'existait du côté des voies digestives. C'est donc enfin dans l'entérite et la colite que la diarrhée a été proportionnellement plus fréquente! Si nous insistons sur ce point;

savoir, que nous avons plusieurs fois constaté, chez les enfants, la continuité et l'abondance des déjections alvines dans des circonstances où l'intestin grêle seul était phlogosé, c'est que ces faits ne sont nullement d'accord avec les propositions suivantes qu'ils ne nous permettent pas d'adopter : « La diarrhée est dépendante de l'irritation du gros intestin, et elle n'existe pas d'une manière continue tant que l'inflammation qui vient du haut n'a pas franchi la valvule du cæcum. »

La preuve anatomique de la surexcitation des follicules mucipares de l'intestin justifie suffisamment, dans les trois observations mentionnées, les symptômes diarrhéiques observés pendant la vie (il sera, d'ailleurs, bientôt plus complètement question des lésions qui se rapportent aux follicules intestinaux) ; mais quant aux faits avec absence cadavérique complète ou apparente de lésion intestinale, l'espèce de contradiction qu'ils impliquent, ou dans laquelle ils semblent se trouver vis à vis des autres, exige quelques développements, quelques explications.

L'observation de la vie, dit le célèbre professeur du Val-de-Grâce, vient avant l'anatomie pathologique, se passe d'elle, et supplée, dans tous les cas, à ce qu'elle ne peut donner.

L'observation et l'analyse physiologique des fonctions, en l'absence même des changements appréciables survenus dans les principes médiats des organes, permettent, en effet, de donner une explication satisfaisante de certains troubles fonctionnels, sans qu'il soit besoin, pour les justi-

fier, d'avoir recours à des entités morbides, sans qu'il soit besoin d'admettre des lésions d'actions *indépendantes* (1), et sans qu'il soit pareillement besoin de recourir à l'intervention directe et essentielle d'un principe général, ainsi que le fait M. le docteur Louis, quand il attribue, purement et simplement, la diarrhée à la faiblesse. M. Louis admet, en effet, à l'instar de l'école de Brown, un relâchement, un défaut de vitalité proportionné à la faiblesse générale, et qui ne permet pas au colon de supporter le poids des excréments.

Le professeur Broussais, en réfutant cette théorie, observe que, lorsque le colon manque de vitalité, il garde les matières au lieu de les expulser, comme on le voit dans toutes les paralysies provenant des affections de la moelle épinière, et observe que si M. Louis eût voulu dire que la faiblesse pût être cause de la diarrhée, en ce sens qu'elle fait faire de mauvaises digestions, lorsque l'estomac est débile ou les aliments difficiles à assimiler, il aurait eu raison; car, mal élaborés, les résidus de la digestion irritent le colon qui se hâte de les expulser; encore eût-il fallu ajouter que cette stimulation conduit, si elle persiste, la mu-

---

(1) Comme a cru devoir le faire M. Andral (*Clinique médicale*), provisoirement, ainsi qu'il le dit, afin de comprendre tous les faits qui sont du ressort de la pathologie, et en attendant que l'altération de l'organe, dérangé dans ses fonctions, devienne appréciable à l'aide de moyens d'investigation plus parfaits.

queuse de cet intestin à l'état inflammatoire, qui est alors consécutif à la débilité de l'estomac. (*Examen des doctrines*, pag. 450.)

La diarrhée peut dépendre non d'une irritation portée jusqu'à la phlegmasie des exhalants de la surface interne, mais d'un état d'orgasme des vaisseaux et des glandes qui versent le produit de leur sécrétion dans le canal digestif, et sans incliner vers l'humorisme, on peut dire alors que l'altération fonctionnelle dépasse de beaucoup l'altération morbide des tissus, mais néanmoins sans constituer à elle seule tout l'état morbide. Si cependant ce trouble fonctionnel continue et persiste au delà d'un certain temps, par le seul fait de sa persistance et du contact, irritant sans cesse, renouvelé des fluides modifiés, s'ensuivra l'inflammation de la muqueuse digestive.

La surexcitation des sécrétoires occasione le flux diarrhéique sans endolorissement du ventre; la surexcitation de la trame nerveuse intestinale a pour résultats l'exaltation de la sensibilité, les douleurs, les coliques, sans diarrhée...; c'est l'entéralgie. Ces phénomènes n'ont souvent lieu que d'une manière prodromique, ne font que précéder une irritation moins exclusive, plus localement générale (si je puis m'exprimer ainsi), ne font souvent que devancer le développement d'un état phlegmasique, dont ils ne formaient que des degrés ou des conditions incomplètes.

Que l'on traite de spéculatives les idées de distinction de siége, de l'irritation au sein d'organes complexes, qu'on les traite comme telles, parce

que le scalpel ne peut suivre ces analyses moléculaires, nous n'en serons pas moins du nombre de ceux qui les regardent comme très philosophiques, et comme pouvant fournir à la pathologie plusieurs solutions satisfaisantes.

La surexcitation des sécrétoires, conduisant à leur irritation, et se limitant néanmoins à eux seuls, est une donnée pathogénique qui peut difficilement être rejetée, même par des esprits sévères : elle repose sur la connaissance des tissus élémentaires; et si l'existence des vaisseaux exhalants n'a pu être encore anatomiquement bien prouvée, la physiologie nous démontre leur existence; leur action nous est connue, et l'on peut, sans humilité, admettre ces organes après Bichat.

En s'en tenant en médecine, comme en toute autre science physique, à ce qui peut être saisi par les sens en comparant les fins et les moyens, on conçoit peu la possibilité de quelques progrès. D'ailleurs, l'expérience du passé est là pour prouver que, bien loin d'être nul, le rôle de l'induction, s'aidant, autant que possible, de l'observation, mais cherchant à y suppléer au besoin, a été plus d'une fois de nous conduire aux résultats les plus précieux. Ce n'est pas une distinction arbitraire que d'admettre l'action isolée et suractivée des sécrétoires, car leur composition organique est complète, et ils forment des organes au sein d'organes. On a d'ailleurs ici pour soi l'assentiment de M. Broussais, qui admet une irritation non sanguine, ou subinflammation, avec altération de nutrition et d'exhalation, une irritation congestive des fluides blancs

et sécrétoires, sans nécessité d'une hypérémie inflammatoire. Cette surexcitation peut s'épuiser par le fait de leur activité et de l'élimination de leurs produits abondants; mais il ne faut pas oublier non plus, ainsi que le dit M. Gendrin (*Histoire anatomique des inflammations*), que toute action sécrétoire, augmentée, tend à l'état inflammatoire.

Les recherches sur l'appareil folliculeux intestinal ont mis hors de doute que ces glandes peuvent être altérées indépendamment de la membrane à laquelle elles appartiennent, et l'importance des modifications survenues dans l'état physiologique de ces organes est trop avérée pour qu'il soit besoin de citer, à ce sujet, les travaux de Rœderer et Wagler, ceux de MM. Petit, Serres et Bretonneau.

M. le docteur Denis (ouvrage cité) décrit trois formes d'altération des follicules : dans la première (granulations), on voit sur toute l'étendue de la muqueuse, particulièrement dans le duodénum, une foule de points blancs à peine saillants, et qui occupent la partie profonde de la muqueuse. En disséquant à la loupe, on s'aperçoit que ces points dépendent de l'engorgement d'autant de petits follicules. Dans la seconde variété (tubercules), se remarquent des élevures solitaires, disséminées çà et là, et qui résultent de l'engorgement des glandes de Brunner. Dans la troisième, enfin (plaques gaufrées), un ou plusieurs amas de follicules, situés à la convexité de l'intestin, se trouvant engorgés, font saillie et apparaissent sous une configuration oblongue et rugueuse. A un degré plus prononcé, chaque petit corps devient plus proé-

minent, s'environne d'une auréole d'injection bien circonscrite. Au centre de l'auréole, on voit fréquemment un petit point noir déprimé qui est l'orifice du follicule : puis au développement des follicules se joint l'injection vive de la muqueuse. En dernier lieu, le centre des follicules s'affaisse, jaunit, et semble devenir le siége d'une ulcération.

Billard, bien que ne considérant pas, comme le résultat d'une inflammation *franche*, le développement morbide des follicules mucipares, ne manque pas d'attribuer à un état insolite d'excitabilité leur accroissement de volume et d'action, et explique même la fréquence des dévoiements qui surviennent à l'époque de la dentition, chez les enfants, par la coïncidence simultanée du développement organique de l'appareil folliculeux des intestins.

Il résulte, particulièrement des recherches de MM. Broussais et Andral, que les colorations brunes et livides ne sont que des conséquences des colorations rouges, et appartiennent aux lésions phlegmasiques. Ainsi, la tuméfaction des follicules intestinaux est un indice de leur surexcitation ; leur tuméfaction avec rougeur, avec coloration noire, avec ulcération est une preuve de leur inflammation. Les opinions de plusieurs auteurs que nous avons cités tendent, d'ailleurs, à prouver qu'il existe un rapport direct entre le développement de ces organes et l'augmentation de leur sécrétion.

De tout ce qui précède, nous conclurons que

toute modification survenue dans les caractères physiques de l'appareil folliculeux intestinal est, dans l'état actuel de la science, une justification anatomique suffisante du phénomène de la diarrhée, sans pourtant que cette dernière soit exclusivement liée à ces modifications organiques.

Le développement des follicules isolés est quelquefois général, mais probablement par suite du léger degré d'irritation dont ils sont alors le siége, ce qui semble résulter de la dissémination de celle-ci, les troubles fonctionnels sont généralement peu intenses, et la diarrhée même presque toujours médiocre en quantité ou en fréquence. Le développement partiel des follicules intestinaux s'accompagne fréquemment de l'inflammation de la membrane muqueuse ambiante. Les inflammations partielles des follicules isolés de la portion supérieure du tube digestif ne donnent guère lieu qu'aux symptômes ordinaires des phlegmasies subaiguës ou chroniques de ces organes ou portions d'organes. Les inflammations des follicules isolés de la fin de l'intestin grêle et du commencement du gros intestin s'associent, le plus souvent, à celles des follicules agminés, et constituent les entérites avec formes typhoïdes. Le développement phlegmasique des follicules isolés des intestins colon et rectum occasione souvent des diarrhées muqueuses, glaireuses, blanchâtres ou porracées. C'est à l'irritation des follicules isolés que M. Guersent attribuait spécialement, dans ses cours de clinique, les déjections vertes : ce que l'observation n'a pas confirmé pour nous.

Ce n'est donc que dans les circonstances les plus rares, très rares, que quelques lésions ou modifications organiques appréciables manquent de se porter justiciables après la mort des symptômes diarrhéiques observés pendant la vie, pour peu que ces derniers aient offert quelque intensité et quelque persistance. Ce n'est que dans quatre observations seulement et sur quarante-sept, que l'investigation cadavérique est restée, sous ce rapport, sans résultat. (Voir le tableau précédent.) Mais remarquons que dans ces quatre faits il existait des foyers énergiques d'inflammation du côté des poumons et des plèvres. Rien d'étonnant, dès lors, que les dévoiements survenus dans les derniers temps des maladies principales, et qui peuvent d'ailleurs se rattacher seulement à l'irritation des sécrétoires, ou à la phlogose érythémateuse de quelques points de la muqueuse intestinale; rien d'étonnant, disons-nous, qu'en pareille circonstance des déjections diarrhéiques se soient trouvées sans coïncidence d'empreintes appréciables sur le cadavre; car l'inflammation allumée vers les organes pulmonaires est un véritable centre fluxionnaire, qui soustrait partout le sang, qui l'appelle à lui de toute hypérémie, de toute stase qui tend à se former, et le retrait général de ce dernier, qui s'opère, en outre, au terme de la vie, peut achever d'emporter et d'effacer les traces congestives légères disséminées ou rassemblées sur un ou plusieurs points de la surface intestinale.

Les annexes des organes digestifs fourniraient fréquemment, à défaut de ceux-ci, des preuves de

la phlegmasie du tube intestinal, si l'on admet les propositions suivantes, sur la validité desquelles nous nous déclarons encore insuffisamment éclairé : « Un foie jaune, bigarré ou marbré, est toujours lié à l'existence d'une duodénite ou d'une inflammation du jéjunum. Le volume exagéré des glandes du mésentère est également la preuve d'une phlegmasie de l'intestin grêle. » (*Examen des doctrines*, pag. 86.)

Mais nous acceptons, quant à présent, en quelque sorte, comme une justification anatomo-pathologique du phénomène de la diarrhée, toute trace irritative ou phlegmasique qui s'offre dans quelque point de la continuité du tube gastro-intestinal (1); et nous sommes en cela d'accord avec les faits dont nous avons présenté l'analyse. Nous avons, en effet, observé la diarrhée avec coïncidence de gastrite, de gastro-entérite, de gastro-entéro-colite, avec la gastro-colite, l'entéro-colite, avec l'entérite, et la colite; enfin nous l'avons aussi observée coïncidant avec le simple développement de l'appareil folliculeux intestinal.

Suivant M. le professeur Broussais, l'entérite a lieu presque toujours sans douleur circonscrite, sans coliques et avec constipation, tandis que les coliques, la fréquence des déjections et le tenesme sont les signes de l'inflammation du gros intestin.

---

(1) M. Baron admet aussi que toutes les parties du canal intestinal peuvent être le siége de la diarrhée; mais il pense que celle-ci est plus fréquente dans la colite.

(*Examen des doctrines*, propositions de médecine CXXXIII, CXXXIV et suivantes.) Mais cet auteur semble n'avoir voulu exprimer, néanmoins, qu'un plus grand rapport de fréquence entre la diarrhée et la colite, et nullement avoir prétendu que ce symptôme ne se manifestait point dans l'entérite et la gastro-entérite. Il dit, en effet, un peu plus loin, que l'anorexie, les nausées, les vomissements, les douleurs épigastriques, la rougeur et la sécheresse de la langue appartiennent à la gastrite; que le météorisme et la diarrhée correspondent à l'affection des intestins; que, quand l'irritation existe dans l'iléum, il y a des coliques sans diarrhée ou avec diarrhée, qui est peu abondante tant que l'inflammation n'a pas pénétré dans le gros intestin; enfin, que, dans l'entérite chronique, la diarrhée est sans tenesme, sans efforts violents, sans douleur dans le trajet.

En consultant le tableau des faits que nous avons analysés, on a pu remarquer que la diarrhée a été observée dans un cas de gastrite. Mais il faut dire aussi que le malade qui fait le sujet de cette observation avait présenté, dès le principe, tous les signes d'une phlegmasie gastro-intestinale; que, sous l'influence révulsive d'une pleurésie double qui survint plus tard et devint la maladie principale, les symptômes du côté du ventre s'amendèrent considérablement de telle sorte, qu'il ne restait que très peu de diarrhée vers le dernier terme. Il paraît donc évident qu'il avait existé, dans ce cas, une inflammation intestinale, et que la non-existence de ses traces, après la mort, s'ex-

plique par l'amélioration survenue, dans les derniers temps, du côté du ventre, et par l'effet de la résolution de la phlegmasie, qui aurait commencé par s'opérer d'abord de bas en haut et avant d'atteindre l'estomac. Quoique l'état de constipation soit plus habituel dans la gastrite, cependant la souffrance du ventricule peut occasioner des dérangements fonctionnels dans le reste de l'appareil digestif; mais les dévoiements qui en proviennent ne sont alors que passagers, peu continus, et tendent promptement à se rallier à une phlegmasie véritable de la muqueuse intestinale, qui a trop de tendance à s'établir, pour ne pas saisir, en quelque sorte, le prétexte du passage un peu prolongé de matières muqueuses ou alibiles indigérées ou mal élaborées. Cette opinion que toutes les parties du canal intestinal peuvent être le siége de la diarrhée est, du reste, le plus généralement admise. M. le professeur Chomel pense que l'opinion contraire est en opposition, à la fois, avec les observations cliniques et avec les résultats de l'ouverture des cadavres (*Dictionnaire de médecine*, art. *Diarrhée*). C'est à l'irritation de la membrane intestinale et à l'entérite que Pinel lui-même rapporte la diarrhée.

Dans sa *Clinique médicale*, M. le professeur Andral, en traitant du rapport des lésions gastro-intestinales avec les symptômes, s'exprime ainsi : « On a dit que la diarrhée était l'indice de l'irritation du gros intestin; on l'a donnée comme l'indice de la colite, et l'on a prétendu que, tant que l'irritation était bornée à l'intestin grêle, il y avait, au con-

traire, constipation. Nos observations ne sont nullement en rapport avec ces idées; nous avons trouvé sur beaucoup de cadavres le gros intestin parfaitement sain dans toute son étendue, bien que, pendant la vie et jusqu'à l'instant de la mort, une abondante diarrhée eût existé; il nous a paru qu'il suffisait, pour qu'il y eût dévoiement, que la fin de l'intestin grêle fût altérée d'une manière quelconque. Ici encore, les recherches de M. Louis sont venues confirmer les nôtres. »

M. Andral ajoute qu'il ne pense pas que la nature des selles puisse fournir quelques renseignements sur la nature ou sur la gravité de l'altération qu'a subie l'intestin. Tel est aussi l'avis que nous avons exprimé.

La douleur abdominale est le plus souvent diffuse dans les phlegmasies gastro-intestinales chez les enfants, ou plutôt il est difficile de faire préciser aux malades les points du ventre dont ils souffrent; car ils se plaignent ou crient presque toujours, quels que soient les endroits que l'on explore. Cette douleur n'est, d'ailleurs, pas constante; sur cinquante-sept individus atteints d'affections du ventre, nous ne l'avons, en effet, observée que vingt-trois fois.

Les recherches de M. Broussais ont, du reste, mis hors de doute le caractère indolent d'un grand nombre de phlegmasies intestinales. Il est dit, à cet égard, dans l'*Examen des doctrines*, que la douleur locale n'est pas inséparable de l'inflammation même intense....; que l'entérite a lieu presque toujours sans douleur circonscrite, sans coliques...;

que la gastro-entérite, lorsque l'inflammation ne prédomine pas avec force dans l'estomac et dans le duodénum, existe sans douleur, même à la pression.

M. Andral a vu la douleur abdominale manquer, 1° dans le cas de simple érythême de la membrane muqueuse; 2° dans ceux où de nombreuses plaques exanthémateuses couvraient la surface interne de l'intestin grêle; 3° dans d'autres cas où, au lieu de plaques, l'on n'observait, dans l'intestin grêle ou dans le gros intestin, qu'un plus ou moins grand nombre de boutons isolés; 4° dans les cas aussi où des ulcérations s'étaient formées, soit dans l'iléum, soit sur l'une ou l'autre face de la valvule iléo-cæcale, soit dans le cæcum, dans le colon et même le rectum. Il a trouvé, enfin, des sujets dont les ulcérations, étendues en profondeur, avaient presque pour fond la seule membrane péritonéale, et cependant il n'y avait pas eu de douleur; les malades avaient encore le libre exercice de leur intelligence et de leur perception pour sentir et accuser le mal. M. Andral pense donc que l'on serait exposé à méconnaître continuellement les entérites les plus intenses, si l'on ne voulait en admettre l'existence que là où l'on trouve de la douleur.

Selon le même auteur, le météorisme réside dans le colon, mais il ne faut pas l'attribuer à l'inflammation ou à l'ulcération de cet intestin; car il existe aussi souvent dans les cas où l'on n'y trouve aucune altération appréciable. Il remarque, d'ailleurs, avec M. Louis, que l'in-

testin grêle est bien plus souvent enflammé ou ulcéré que le colon, et que, cependant, il ne s'y produit pas la même quantité de gaz que dans le gros intestin.

Au contraire, un rapport direct entre le météorisme du ventre et les lésions de la membrane muqueuse intestinale, et plus particulièrement de celle de la fin de l'intestin grêle, avait précédemment été établi par M. le professeur Broussais; c'est, du moins, ce qui semble ressortir de ce passage : « Quand l'irritation commence par le colon, la diarrhée est abondante, dès le début, *sans météorisme*. Quand l'irritation existe d'abord dans l'iléum, plus ou moins près de la vulve iléo-cæcale, il y a des coliques sans diarrhée, ou avec un peu de diarrhée, *du météorisme*, des douleurs profondes, des borborygmes, des mouvements dans le ventre, de la sensibilité à la pression, surtout dans la région iliaque droite, etc. » (*Examen des doctrines*.)

Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, nos observations ne tendraient nullement à confirmer, du moins chez les enfants qui ont passé le premier âge, la particularité du fait du ballonnement constant du ventre dans l'entérite et de l'absence de ce phénomène dans la colite, ou réciproquement.

Une grande importance dans le diagnostic des phlegmasies gastriques et gastro-intestinales a été attribuée à la rougeur et à la sécheresse de la langue; mais l'aspect de cet organe paraît être, chez les enfants, un indice moins certain de l'état des

premières voies (1). Les relevés statistiques que nous avons présentés témoignent aussi dans ce sens : cependant cet examen n'est pas toujours sans utilité ; il peut surtout, accompagné d'autres signes, éclairer ou affermir le diagnostic, et l'on ne doit pas conclure de son importance secondaire à son inutilité.

M. Andral, bien qu'ayant tracé les propositions suivantes : « 1° Aucun rapport constant ne saurait être établi entre l'état de la langue et celui de l'estomac ; 2° chacune des modifications que la langue peut offrir, dans sa couleur et dans ses enduits, ne correspond pas à une modification spéciale de l'estomac ; 3° l'estomac peut présenter, après la mort, un état semblable, quelque dissemblable qu'ait été, pendant la vie, l'état de la langue ; 4° avec un état naturel de la langue peut coïncider un état morbide de l'estomac, et avec un état normal de celui-ci peut coïncider un état morbide de la langue ; 5° la sécheresse et la couleur noire de la langue n'indiquent pas une affection plus grave de l'estomac que l'annonce toute autre modification de cet organe ; 6° il n'y a pas plus de rapport nécessaire entre l'état de l'intestin grêle et de la langue qu'entre celui de la langue et de l'estomac ; 7° quant au

(1) M. Baron pense aussi que, dans les phlegmasies gastro-intestinales chez les enfants, les différents aspects de la langue ne sont pas toujours significatifs, et qu'ils ne le sont pas au même degré que chez les adultes.

gros intestin, on le trouve parfaitement sain avec tous les états possibles de la langue, etc. M. Andral, disons-nous, admet lui-même la nécessité de consulter l'état de cet organe, quand il pose, en principe, qu'une langue rouge, soit dans toute son étendue, soit par points isolés, soit sur les bords, à sa pointe ou à son centre, contre-indique constamment l'emploi d'autres moyens que celui des antiphlogistiques ; qu'une langue large, couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre, sans aucune trace de rougeur pointillée ou autre, contre-indique souvent les émissions sanguines, et peut indiquer, au contraire, l'emploi des vomitifs et des purgatifs (mais il faut noter aussi que, de même que la rougeur de la langue n'est pas nécessairement liée à une irritation gastrique, de même sa blancheur n'exclut pas toujours l'existence de cette irritation) ; qu'enfin la sécheresse et la noirceur de cet organe sont l'indice d'un troisième état de l'économie dans lequel, soit qu'il y ait ou non gastro-entérite, les débilitants de toute espèce deviennent nuisibles (ce qui ne veut pas dire qu'il faille nécessairement avoir recours à une médication stimulante); s'abstenir de saigner, ce n'est pas donner du quinquina (*Clinique médicale*, 1834).

Les différents aspects que présente la langue, dans les affections gastro-intestinales, chez les enfants, sont, en général, les suivants : Elle est rouge, surtout vers la pointe et les bords, tandis que le milieu est blanchâtre ; elle est sèche, sale, limoneuse, fuligineuse, racornie, fendillée et comme roussie ; revêt plus particulièrement ces dernières

formes vers la fin des gastro-entérites et entéro-colites graves, avec altération des glandes mucipares. Mais, nous le répétons, les signes qu'elle fournit ont moins de régularité et de constance chez les enfants que chez les adultes, et sont d'une importance beaucoup plus secondaire quant au diagnostic de ces affections.

Si la réaction fébrile est rare dans les phlegmasies gastro-intestinales, chez les très jeunes enfants, chez les enfants du premier âge, ainsi que l'expose Billard, on a vu qu'il n'en était pas de même chez ceux plus âgés (1). Suivant nos observations, la fièvre existait trente-huit fois sur cinquante-sept cas; c'était donc chez les deux tiers des malades. Dans ce nombre, il est à remarquer que ces phénomènes de participation du système circulatoire avaient lieu chez vingt-quatre sujets, chez lesquels la gastrite siégeait isolément, ou réunie à l'inflammation des intestins; tandis qu'ils ne s'étaient déclarés que dans douze cas où la phlegmasie paraissait s'être bornée aux intestins, et dans deux où, bien qu'il y eût de la diarrhée pendant la vie, on ne découvrit, à l'autopsie, aucune trace de lésion du côté des organes digestifs.

Ces résultats sembleraient donc confirmer, à l'égard des enfants, ce principe émis, d'une manière générale, par M. le docteur Broussais... : Que, dans

---

(1) M. Baron n'admet, d'ailleurs, nullement que la fièvre soit rare dans les phlegmasies gastro-intestinales chez les enfants.

les maladies inflammatoires du canal intestinal, la réaction générale est plus commune quand la phlegmasie attaque les régions supérieures que qnand elle se limite aux parties inférieures de cet appareil.

L'examen détaillé que nous avons passé des symptômes des maladies du canal intestinal devrait nous dispenser de les grouper et d'en produire des descriptions particulières, d'autant plus que les altérations organiques qui se répartissent sur la continuité de son tissu, et que les dérangements fonctionnels qui en procédent, bien qu'affectant certaine coïncidence qui ait permis d'établir des divisions et de former des individualités morbides distinctes, n'offrent pas toujours cette même simultanéité dans leur rencontre. Ce manque de constance concerne surtout l'expression symptomatique; car si les affections inflammatoires des différentes régions du tube digestif et les degrés divers de ces maladies peuvent, le plus fréquemment, en effet, être différenciés sur le cadavre au moyen de leurs empreintes ou vestiges, assez souvent ces mêmes maladies se confondent-elles, durant la vie, par leurs manifestations extérieures.

Néanmoins, comme il n'y a rien non plus, à ce sujet, d'absolu et d'exclusif (1), et comme, d'ailleurs, les précédents détails auront suffisamment té-

---

(1) Les phlegmasies de l'estomac, de l'intestin grêle et du gros intestin s'unissent, se combinent le plus ordinairement entre elles chez les enfants. Cependant, quand elles

moigné de notre circonspection et de nos réserves à l'égard des distinctions théoriques, nous croyons, dans l'intérêt du traitement, intérêt dans lequel, en définitif, tout se résout et doit aboutir ; nous croyons, disons-nous, devoir aussi tracer, mais à grands traits, les principales variétés de physionomie de ces affections d'un même appareil ou d'une même portion d'appareil organique : nous aurons ainsi l'avantage de pouvoir mieux exposer les différents modes et modifications thérapeutiques qui conviennent.

Les inflammations de l'estomac (1) sont assez généralement indiquées par une douleur plus ou moins vive à l'épigastre, par la rougeur de la langue, par les vomissements. Quelquefois la région épigastrique est ballonnée et sonore : les matières vomies sont d'abord claires, puis verdâtres, parce que les secousses du ventricule y font remonter la bile; les éructations précèdent ou suivent les vomissements. L'ingestion d'aliments fomente, exaspère la douleur épigastrique, suscite des nausées et des vomissements. L'affection gastrique ou

---

existent isolément, M. Baron pense que, sinon toujours, du moins le plus souvent, il est possible de les différencier entre elles pendant la vie des malades

(1) Suivant M. Baron, la gastrite s'allie le plus souvent, chez les enfants, à la phlegmasie de l'intestin ; cependant elle se rencontre aussi quelquefois isolément, et cette phlegmasie, ainsi isolée, peut même être très grave, avec ulcération, avec ramollissement, etc.

gastro-intestinale, décrite sous le nom d'état bilieux, d'embarras saburral, d'embarras des premières voies; caractérisée par la teinte jaunâtre de la langue, des ailes du nez, etc.; par la céphalalgie sus-orbitaire, le sentiment de plénitude, de pesanteur de l'estomac, les nausées, etc., etc. : cet état, produit d'une irritation plus ou moins légère, séparée ou combinée, de l'estomac et du duodénum, que des nuances cliniques, que des degrés du plus au moins différencient des gastrites légères, des gastrites chroniques, des gastralgies..., s'observe très rarement chez les enfants.

Dans l'entérite, la sensibilité du ventre à la pression de la main existe dans le voisinage de l'ombilic; il y a moins ou moins souvent de diarrhée que dans les phlegmasies du gros intestin; la soif est vive, les nausées fréquentes et les vomissements rares. Il peut y avoir de l'agitation et du délire; les secousses, les soubresauts des tendons s'observent quelquefois surtout vers le début et chez les enfants irritables; mais, en général, il ne faut pas, en ces circonstances, attacher trop d'importance à ces épiphénomènes. La maladie dure ordinairement de sept à quinze jours. L'entérite chronique est très fréquente, la sensibilité du ventre est alors peu prononcée, et la maladie peut traîner pendant plusieurs mois.

Dans la gastro-entérite, la langue est ordinairement blanche ou sale à sa base, tandis que la pointe et les bords sont rouges, que les papilles sont plus ou moins saillantes et rouges; elle est, d'ailleurs, plus ou moins sèche; mais la dessiccation, le racor-

nissement, l'état brun et comme roussi de cet organe appartiennent plus spécialement aux entérites et gastro-entérites graves, pustuleuses, typhoïdes. L'affection réunie de l'estomac et de l'intestin grêle, de ceux-ci et du gros intestin présente une combinaison plus ou moins complète des symptômes particuliers à chacune de ces phlegmasies séparées; et il est à remarquer que la gastrite s'allie, le plus fréquemment aussi, chez les enfants, à l'entérite. Les gastro-entérites et entérites profondes, suraiguës, sont rares chez eux comme chez les adultes; de même que celles par empoisonnement, elles se font remarquer par une sorte d'exaspération dans tous les symptômes, par la gravité des accidents et la rapidité de la marche...... L'anxiété est grande, la face promptement et profondément altérée, la fièvre intense, la soif ardente; d'ailleurs, la douleur du ventre est très prononcée; il y a hoquets, nausées, vomissements, diarrhée ou constipation. Quand, enfin, le cas est très grave, le pouls est petit, filiforme, la peau froide, l'agitation et l'anxiété extrêmes, il y a du délire, des spasmes, des convulsions ou un profond accablement; le ventre est dur, tendu, ballonné ou bouffi, et très flasque: il existe des hoquets, des vomituritions. Ces accidents sont encore ceux qui se présentent quand une affection intestinale aiguë ou suraiguë se termine par ramollissement étendu ou par perforation; les symptômes d'excitation sont, néanmoins, plutôt en rapport avec le dernier genre de lésion, et ceux de prostration et de stupeur avec le premier.

A ce que nous avons dit précédemment de l'entérite pustuleuse chez les enfants, de la part souvent prédominante, chez eux, des symptômes cérébraux, nous ajouterons : Que l'on observe, au début, des affections typhoïdes, de la céphalalgie, de la lassitude, de la soif, de la fièvre, peu de rougeur de la langue, peu de diarrhée, et presque toujours du délire quand l'invasion est brusque. Du troisième au cinquième jour, la figure prend un aspect de tristesse, ou l'air est hébété; quelquefois il y a de l'assoupissement, le pouls est irrégulièrement vibrant, la respiration inégale, la peau sèche, la soif vive, la langue large vers la pointe, encroûtée à sa base, le ventre sensible, surtout vers la fosse iliaque droite; il y a peu ou point de diarrhée. Du quatorzième au vingt et unième jour, délire presque continuel, ventre indolent ou très sensible, évacuations alvines assez fréquentes, jaunes, muqueuses, mêlées de pus, de sang, quelquefois noirâtres, fétides; coma, pouls flasque et irrégulier, mort.

Dans l'inflammation du gros intestin, dans la cæco-colite, il n'y a pas ordinairement de vomissements, à moins que la maladie ne soit très intense, mais il y a de la fièvre, de la soif, de la sensibilité à la pression, suivant le trajet du gros intestin; en outre, la face est altérée, les évacuations alvines sont muqueuses, glaireuses, jaunâtres, blanchâtres, verdâtres, etc., plus ou moins copieuses et fréquentes, au nombre de six, huit, dix et vingt par jour; elles sont, d'ailleurs, accompagnées et précédées de tenesmes et de coliques, et les efforts

pour aller à la selle entraînent fréquemment *la chute* du rectum, de même que le passage réitéré des matières des déjections fait naître de la rougeur au pourtour de l'anus. Si la maladie prend un cours favorable, les évacuations diminuent en quantité et en fréquence, et tous les autres symptômes s'amendent. Si la maladie suit, au contraire, une marche funeste, les déjections augmentent, deviennent glaireuses, fétides ; la prostration est grande, le corps froid, la figure pâle, hippocratique, les yeux caves, les pupilles fréquemment dilatées ; enfin la mort arrive au bout de symptômes adynamiques plus ou moins dessinés.

Mais la maladie peut aussi se prolonger sans atteindre ces derniers degrés d'exacerbation ; elle prend alors la forme subaiguë ou chronique et peut durer des mois entiers. Du reste, les phlegmasies aiguës du gros intestin ont une grande tendance à suivre cette voie, surtout chez les enfants faibles et délicats, et non moins souvent s'établissent-elles d'emblée de la sorte, surtout vers la fin de maladies, d'autres organes ou appareil d'organes. L'affaiblissement et la maigreur sont d'autant plus considérables, que l'affection dure depuis long-temps; la peau devient flasque, sèche, surtout aux cuisses ; elle est décolorée et rugueuse ; les traits de l'enfant, ratatinés et sillonnés par des rides, lui prêtent l'aspect d'un petit vieillard ; le pouls est misérable, la fièvre continue, cesse, ou n'a lieu qu'aux époques les plus ordinaires des exacerbations..... Quand la maladie se prolonge beaucoup, la mort est presque toujours certaine :

les altérations organiques sont, en effet, alors trop profondes et étendues, et la débilité du petit moribond trop grande, pour qu'il puisse prendre le dessus.

C'est dans la forme subaiguë de l'affection du gros intestin que les matières des déjections revêtent, parfois, un caractère particulier (lienterie)(1), ressemblent à du gras fondu, à de la graisse demi figée. Les malades arrivent promptement, dans ces circonstances, à un grand état d'affaiblissement. La cæco-colite non érysipélateuse, mais profonde, connue sous le nom de *dyssenterie*, se rencontre chez les enfants ainsi que chez les adultes; mais elle est plus grave chez les premiers. On peut la distinguer aussi en aiguë et en chronique. Dans la dyssenterie aiguë, l'invasion est brusque; il y a des frissons, du malaise, de la céphalalgie, quelquefois des vomissements; l'enfant témoigne de douleurs aiguës dans le ventre; les coliques sont très fréquentes, le malade est tourmenté d'épreintes, il fait des efforts continuels pour aller à la selle, et rend par l'anus des matières peu abondantes, blanches, ressemblant à du blanc d'œuf cuit, matières mêlées et imprégnées de sang; car ici il y a mélange du sang avec les matières des dé-

(1) Ce qu'on appelle *lienterie* consiste, suivant M. Baron, dans l'évaluation des matières alimentaires non digérées, et résulte d'affections variées : tantôt de lésions du foie; d'autres fois, de l'estomac ou du commencement de l'intestin grêle.

jections. Les douleurs du ventre, le tenesme et la nature des évacuations qui, dès le début, présentent les caractères indiqués, sont des signes pathognomoniques. D'ailleurs, la fièvre est intense, le ventre est brûlant, et tout ce cortége de symptômes dure de trois à sept jours, époque approximative où la maladie s'exaspère, ou tend vers la guérison. Dans le premier cas, la fièvre est plus intense, l'abattement extrême ; les évacuations alvines très fréquentes et peu abondantes; on en compte, parfois, jusqu'à trente ou quarante dans les vingt-quatre heures. Les matières sont très fétides ou nauséeuses, mais toujours sanguinolentes. Bientôt les yeux, entourés d'un cercle bleuâtre, s'enfoncent dans les orbites, l'amaigrissement fait de rapides progrès, il n'y a pas de vomissements, mais le malade est tourmenté de nausées; les extrémités sont froides, il se manifeste des sueurs, surtout pendant et après les évacuations; la respiration est anxieuse, des mouvements convulsifs peuvent se déclarer; ou l'enfant tombe dans un état de somnolence, d'où il ne sort que pour faire entendre des cris que lui arrachent les coliques. Les sueurs sont visqueuses, les déjections couleur lie de vin, mêlées de débris de membrane muqueuse et de pseudo-membranes; enfin, la mort arrive quelquefois assez promptement, et du cinquième environ au huitième jour : quelquefois la vie se prolonge jusqu'au quinzième et au vingtième jour. Les enfants les plus jeunes résistent le moins.

Si la maladie prend un cours favorable, le te-

nesme diminue, ainsi que la soif et la fièvre; les évacuations alvines deviennent tout à la fois plus rares, moins muqueuses, glaireuses et sanglantes.

La dyssenterie chronique succède plutôt à la colite, ou cæco-colite aiguë, qu'elle ne s'établit de prime abord; elle est apyrétique, ou, du moins, la fièvre est rare, non continue et peu intense. Les évacuations sont moins abondantes, moins fréquentes, moins accompagnées de mucus concret, de sang et de fausses membranes; elles sont, du reste, aussi précédées et accompagnées d'épreintes et suivies d'une profonde sensation de soulagement. La durée générale de cette affection est d'un mois, six semaines à deux mois (1).....

Nous nous sommes déjà trop longuement expliqué au sujet de la diarrhée, pour insister encore ici long-temps à son égard; elle est, ainsi que la toux, un des symptômes que l'on observe le plus fréquemment chez les enfants; elle est commune, chez eux, à l'époque de la dentition et du sevrage, et très souvent elle survient accidentellement sans cause bien évidente. Les matières des déjections sont séreuses, muqueuses, ont l'aspect de bouillon sale; elles sont verdâtres, jaunâtres,

---

(1) M. Baron pense que la dyssenterie ne présente pas de caractères spéciaux chez les enfants, et que, par conséquent, le traitement destiné à combattre cette phlegmasie ne doit pas non plus offrir chez eux de particularités.

blanchâtres, incolores..... Si les évacuations sont fréquentes, au nombre de quinze à dix-huit, par exemple, par jour, cette fréquence constitue ce que l'on nomme flux diarrhéique. Il y a véritablement, alors, plus de liquide excrété que d'ingéré; aussi les sujets tombent-ils dans un état d'amaigrissement et d'accablement extrême. Les évacuations, plus ou moins répétées et prolongées, sans douleur abdominale, et paraissant résulter de la surexcitation et, par suite, de la suractivité des sécrétoires, ne contiennent, généralement, ni sang, ni matières glaireuses, ni mucus concret, et ne sont point accompagnées de réaction générale.

Les caractères anatomiques des lésions phlegmasiques des organes gastro-intestinaux comprennent les altérations de coloration et de texture. La coloration peut être rouge, violacée, brune, noire; elle ne s'enlève pas, en général, par le lavage, elle a lieu par injection, sous forme d'arborisations de pointillé; elle s'étend d'une manière uniforme, ou par plaques, par ecchymoses. La coloration est érythémateuse, érysipélateuse ou profonde. La membrane muqueuse n'est, parfois, que superficiellement injectée; d'autres fois, la rougeur s'étend jusqu'au tissu sous-muqueux, envahit les trois tuniques, etc. Les changements morbides survenus dans la texture embrassent les altérations de consistance, depuis la diminution de cohésion la plus minime jusqu'au ramollissement gélatiniforme (1), les ulcérations, les amincissements, les hy-

---

(1) M. Baron regarde toujours comme un effet de l'in-

pertrophies.... Plusieurs de ces lésions organiques, telles que les colorations brunes, noires, les ramollissements, les ulcérations, les boursouflements, les plaques gaufrées, les développements de follicules, les épaississements appartiennent plus spécialement, en général, aux phlegmasies d'une assez longue durée, aux inflammations subaiguës et chroniques. Ces altérations organiques ont ordinairement pour symptômes ceux appartenant aux phlegmasies dont elles relèvent, et les symptômes d'une péritonite aiguë se surajoutent instantanément quand il survient une perforation intestinale. Les caractères anatomiques des entérites pustuleuses n'offrent aussi aucune particularité chez les enfants; il serait inutile de s'y arrêter davantage (1).

Les intus-susceptions constituent des dispositions morbides plutôt que des altérations organiques; elles sont, d'ailleurs, très communes chez les enfants; elles ne donnent lieu, le plus souvent, à aucun symptôme, et se rencontrent même sur les cadavres d'individus qui ont succombé à des maladies

---

flammation subaiguë ou chronique le ramollissement blanc et le ramollissement gélatiniforme de l'estomac et des intestins. Il remarque que l'on observe souvent, autour de la partie ramollie, des traces évidentes de phlogose. Il ne pense pas que ces maladies soient guérissables. D'ailleurs, comment cette guérison pourrait-elle se prouver?

(1) Le muguet des intestins et de l'estomac est, d'après M. Baron, extrêmement rare chez les enfants.

tout à fait étrangères au ventre. L'invagination a lieu du bout supérieur dans l'inférieur, et elle pourrait paraître s'effectuer peu de temps avant la mort, car généralement elle n'est pas accompagnée de traces d'inflammation.

Les phlegmasies aiguës de l'appareil gastro-intestinal, quels que soient leur étendue, leur siége, leurs délimitations, doivent être traitées activement, et l'énergie du traitement doit plutôt être proportionnée à l'activité de la maladie, à sa résistance, que basée sur la faiblesse du sujet; car la débilité constitutionnelle n'est pas généralement un obstacle aux progrès d'un mal local. D'ailleurs, les secours de l'art ne consistent pas exclusivement dans l'emploi des débilitants.

Ce sont, néanmoins, les moyens de cet ordre qui se trouvent plus spécialement et presque exclusivement employés vers le début et le premier temps des maladies inflammatoires aiguës du canal intestinal; mais il demeure bien entendu aussi que la latitude dans leur usage doit toujours, jusqu'à un certain point, être mesurée sur la puissance de résister du malade, que leur action doit, autant que possible, demeurer locale en l'absence ou à défaut de sthénie générale (1).

---

(1) Dans les phlegmasies gastro-intestinales qui ne s'annoncent que par de la diarrhée ou des vomissements, M. Baron pense que les évacuations sanguines conviennent même, quand il n'y a pas de fièvre, lorsque l'enfant est fort, que le pouls offre assez de résistance. D'ailleurs, le

Les évacuations sanguines, sous le rapport de l'opportunité dans la période d'acuité des phlegmasies, ici encore tiennent le premier rang parmi les moyens antiphlogistiques débilitants ; mais, bien plus que dans les affections de même nature, soit de la tête, soit de la poitrine, les évacuations sanguines locales conviennent dans les maladies du ventre chez l'enfant. En général, nous ne conseillerons la phlébotomie que quand il aura passé les quatre ou cinq premières années, et quand il y aura beaucoup de fièvre, ou dès l'origine des complications du côté de la tête ou de la poitrine. Des sangsues, des ventouses scarifiées seront appliquées à l'épigastre dans les gastrites ; les sangsues seront réparties à l'épigastre et à l'anus dans les gastro-entérites, et leur application sera, en général, bornée et préférée à l'anus quand il n'y aura pas de sensibilité épigastrique accompagnée de vomissements, quand les douleurs du ventre ne seront que vagues et point limitées, enfin dans les entérites et les colites. Le nombre de sangsues qu'il convient d'appliquer est difficile à déterminer, parce qu'il doit être proportionné à l'âge du malade et basé aussi sur la perte de sang qui suit leur chute; perte qui varie beaucoup, et au sujet de laquelle il est impossible de rien préciser. D'ailleurs, les phlegmasies, généralement, ne se jugulent pas chez

---

plus souvent, dans ces circonstances, la réaction générale a lieu. Chez les enfants faibles, il faut être très sobre d'émissions sanguines.

les enfants. Il faut donc, quoiqu'en les attaquant vigoureusement, se réserver les ressources de les combattre de nouveau et jusqu'au bout. Des évacuations sanguines modérées, puis de plus médiocres encore, puis enfin de ces évacuations faites au moyen de deux ou trois sangsues, même dans le dernier degré de faiblesse du malade, obtiennent, comparativement, bien plus d'heureux résultats que des pertes écrasantes de sang déterminées tout d'abord, et sans ressource de pouvoir revenir aux moyens de ce genre. C'est, d'ordinaire, progressivement que s'établissent et se dissipent, chez les enfants, les phlegmasies gastro-intestinales; c'est aussi de cette façon que l'on parvient, le plus souvent, à s'en rendre maître.

Les ventouses scarifiées conviennent plus particulièrement pour être opposées à une douleur fixe de quelque région du ventre, et se placent vers la partie des parois la plus voisine du siége de la douleur. Toutefois, l'action révulsive du scarificateur rend son emploi préférable à la suite des sangsues. Les boissons gommeuses, mucilagineuses et gommo-mucilagineuses, les lavements amidonnés, ceux à l'eau de guimauve ou à la graine de lin bien fraîche, les topiques émollients sur les parois abdominales, la diète, les bains généraux, vont de pair avec les moyens précédents, pendant les premières périodes des maladies en question.

Il faut insister sur cette médecine active autant qu'il est possible, et d'autant que les phlegmasies ont, chez les enfants, une grande tendance à passer

à l'état chronique et subaigu, forme de la maladie dans laquelle les manifestations extérieures sont souvent seules peu tranchées et apparentes, tandis que le travail pathologique n'en fait pas moins de grands progrès. Mais c'est aussi le lieu de rappeler, ainsi que l'exprimait M. le professeur Broussais, dans son cours de pathologie et de thérapeutique général : « Qu'il y a toujours un terme au delà duquel le traitement antiphlogistique n'est plus de mise ; qu'en d'autres mots, la maladie la plus inflammatoire ne peut être traitée, par les débilitants, que pendant un temps donné ; et que c'est alors, vraiment, que le temps perdu est irréparable. On ne peut tracer le point précis de transition des moyens antiphlogistiques aux révulsifs ou aux restaurants : cela ne s'apprend que dans les bonnes cliniques. Si l'on abuse du traitement antiphlogistique, on peut tuer les malades; si l'on fait un usage intempestif du traitement stimulant, on s'expose à manquer les cures; si l'on recourt à ce dernier trop promptement après le premier, on peut ramener la maladie. Écueils de tout côté! on ne les évite que par un tact que l'expérience seule peut donner. »

C'est donc quand l'action des révulsifs et des dérivatifs pourra être sans danger, au sujet de la réaction générale, suffisamment prévenue et affaiblie, que l'on tentera l'emploi des rubéfiants cutanés, des vésicants sur les membres, et même sur les parois du ventre ; c'est quand l'extrême faiblesse du sujet, la prolongation de la maladie, l'abaissement suffisant de l'irritation géné-

rale et locale en justifieront assez, d'ailleurs, l'essai, que l'on pourra permettre l'accès, à l'intérieur, de quelques légères substances tout à la fois émollientes et nutritives...: quelques cuillerées de lait coupé avec l'eau de gomme, l'eau de gruau, ou avec quelques faibles parties de bouillon de poulet ou de veau, le lait d'ânesse, l'émulsion avec le jaune d'œuf...., ou enfin quelque chose d'analogue; que l'on pourra enfin essayer encore de légers astringents et opiatiques, de faibles toniques..., etc... : tisane de riz gommée, avec addition d'acétate d'ammoniaque liquide, de corne de cerf, de diascordium, de thériaque, lavements d'amidon, laudanisés; eaux de Vichy, d'Enghien, de Plombières, de Seltz, pour boisson, seules ou associées, au moins, d'abord, aux mucilagineux.

C'est dans les dernières périodes des phlegmasies gastro-intestinales que l'on voit, parfois, réussir les méthodes dites perturbatrices....; que l'on voit réussir les purgatifs, le calomel, la rhubarbe, les sels neutres. Mais ces moyens, pour être employés avec sécurité, semblent trop capables de rallumer l'inflammation éteinte; résultat d'autant plus fâcheux, que le traitement actif, précédemment employé, laisse peu de ressource pour en entreprendre un nouveau. Du reste, en nous occupant plus spécialement de la cure des diarrhées apyrétiques, nous aurons bientôt l'occasion de revenir sur l'emploi de ces remèdes et d'en examiner plus minutieusement le mode d'action.

La diète doit être absolue, complète dans les premiers temps des maladies inflammatoires du tube

digestif; cependant il ne faut pas non plus abuser de ce moyen et le pousser trop loin, car l'on voit des enfants dépérissants à la suite d'affections gastro-intestinales chroniques, et épuisés par une diarrhée colliquative, reprendre et se rétablir sous l'influence de quelques aliments légers.

Les pneumonies, les pleuropneumonies, complications moins fréquentes que les bronchites, doivent être traitées par les saignées générales et locales quand l'âge le permet, et par ces dernières seules, avons-nous dit, quand l'enfant est trop jeune ou trop faible. La méthode est encore la même quand se déclarent des symptômes d'irritation directe ou sympathique du cerveau, quand se manifestent des méningites ou des encéphalites; les excitants, les révulsifs cutanés doivent succéder à la mise hors d'emploi des pertes de sang. Dans ces dernières complications, les bains avec affusions froides réussissent quelquefois.

Dans l'entérite pustuleuse, le traitement s'écarte peu de celui en usage dans les autres affections intestinales; dans la première période, ce sont les émollients et les émissions sanguines qui conviennent aussi, mais ces dernières, avec plus de réserve cependant. Dans les périodes suivantes, quand l'inflammation a baissé, les légers excitants à l'intérieur, entremêlés de quelques applications de sangsues à l'anus, ou vers la fosse iliaque droite, les révulsifs sur les extrémités inférieures, les bains avec affusions froides pour combattre les symptômes ataxiques, les excitants à l'intérieur et

à la peau pour combattre l'adynamie, en se rappelant, toutefois, que les excitants trop énergiques accélèrent la suppuration des pustules..., etc., etc., font partie des moyens les plus généralement employés. L'usage des boissons salines, des sels neutres, le traitement par les chlorures ont paru réussir dans ces derniers temps, du moins chez les adultes. Cet essai, encore incomplet, du reste, est encore à tenter chez les enfants.

C'est, dans tous les cas, et néanmoins, le lieu de répéter avec M. Broussais : « Modifier convenablement la vitalité des points d'irritation est le seul parti qui soit raisonnable, même dans l'altération présumable des humeurs, et c'est aux lois vitales qu'il faut s'en rapporter pour la recomposition des solides et des liquides. » (*Examen des doctrines.*)

Les gastro-entérites par empoisonnement présentent, chez les enfants, les mêmes caractères et les mêmes indications, sous le rapport des symptômes et du traitement, que chez les adultes.

Nous avons dit aussi que le traitement qui convenait dans les colites et les cæco-colites aiguës était le même que celui généralement indiqué dans les premières périodes des phlegmasies gastro-intestinales, et nous nous sommes réservé d'examiner, dans un même et dernier paragraphe, les moyens thérapeutiques à opposer aux gastro-entérites, entérites et colites arrivées au terme où les évacuations sanguines ne sont plus, ou du moins ne sont plus guère de mise, et ceux destinés à combattre, en général, les diarrhées. Ce qui a été dit précé-

demment à l'égard de toutes ces affections, quant à leur siége dans la continuité et la contexture d'un même tissu, et relativement à leurs différences en intensité (ces maladies n'offrant, sous ce rapport, que nuances, que degrés différents, mais non disparité quant à leur nature)...., ces détails précédents semblent motiver une sorte de résumé en un seul article des moyens de traitement qui, en ces diverses circonstances, peuvent convenir.

Le régime, répétons-nous, est de la plus grande importance : il sera donné du bouillon de poulet coupé ou pur, ou avec addition de quelques légères fécules, des crèmes composées de farine de riz, d'eau de riz et de sirop de gomme; des laits de poule, des décoctions blanches, que l'on n'aromatisera ni avec la cannelle, ni avec tout autre aromate généralement trop irritant. Dans d'autres circonstances, il ne sera accordé que du lait pur ou coupé avec les tisanes précédentes, ou les eaux minérales. Le lait d'ânesse réussit quelquefois mieux encore, mais, en général, il faut tenir compte, avec soin, de la manière dont le laitage est digéré, et quand on retrouve, soit dans les selles, soit dans les matières vomies, des grumeaux, des fragments de substance caséeuse, il faut renoncer aussitôt à son emploi. Enfin, il peut se faire que la diète seule convienne; elle sera alors prescrite ou maintenue. Cependant il ne faut pas se dissimuler la difficulté de tenir les enfants à la diète, et de pouvoir la continuer pendant un temps prolongé : d'abord ils crient, se tourmentent beaucoup, et demandent sans cesse à manger; puis il faut se rap-

peler que les besoins de la nutrition, particulièrement active à cet âge de développement et de croissance, rendent ce moyen bien plus agissant, si je puis m'exprimer ainsi, qu'à toute autre époque de la vie. Du reste, l'on cherche à tromper leur faim en leur donnant des pâtes de guimauve, de jujube, des pastilles de gomme; en les distrayant, en les changeant de place, de chambre, etc. Les bains, les lavements ou demi-lavements avec l'amidon, l'eau de son, simples ou avec addition de laudanum, les bains sulfureux, les frictions sèches, les rubéfiants à la peau, les exutoires indiqués, surtout quand il y a eu des éruptions croûteuses; les tisanes mucilagineuses, gommeuses, seules ou mêlées aux eaux minérales gazeuses, sulfureuses ou ferrugineuses; les décoctions de riz, les toniques légers, quand il n'y a pas de fièvre et que le ventre n'est pas douloureux (1), les astringents faibles, les absorbants, les opiacés à l'intérieur..., etc., complètent à peu près l'énumération des remèdes qui conviennent dans la période ultime des affections inflammatoires des organes gastro-intestinaux, moyens qui ne sont plus simplement le complément, mais qui forment la base du

---

(1) Dans les diarrhées, quand il n'y a pas ou plus de réaction générale, les moyens qui conviennent davantage, suivant M. Baron, sont les substances amylacées, de légers astringents et les opiacés. Ce médecin emploie souvent avec succès les vésicatoires volants sur le ventre, ou des frictions irritantes. Quelquefois, quand la maladie persiste, il fait placer à demeure un vésicatoire à la cuisse.

traitement que réclame toute affection lente de sa nature, et offrant ce cachet de généralité qui mène si directement à la médecine symptomatique.

Ici la médecine expectante marche de pair avec les ressources de l'art ; il faut un peu voir venir. Vouloir écraser la phlegmasie par les antiphlogistiques à outrance, ou aller au devant de la perte des forces par les toniques, c'est s'exposer à mener grand train à l'adynamie, ou à incendier les organes souffrants.

Les purgatifs, les astringents, les toniques et les opiacés ont joué et jouent encore un rôle trop important dans la curation des maladies du ventre, pour qu'en finissant de nous occuper de la thérapeutique de ces affections nous ne cherchions à nous rendre compte de leur action, des heureux effets qui leur sont ou peuvent leur être attribués ; pour qu'enfin nous ne nous efforcions de préciser, autant qu'il le dépendra de nous, les circonstances dans lesquelles ils peuvent être employés sans danger ou même avec espoir de succès.

Depuis ce grand pas de l'art de guérir, depuis la *localisation* des maladies, de celles du canal intestinal (progrès incontestable et le plus beau fleuron de la médecine moderne), l'on ne voit plus guère employer les stimulants dans la période d'*acuité* des maladies franchement et évidemment inflammatoires des organes gastro-intestinaux ; et, au dire de tous les hommes impartiaux et de bonne foi, l'on doit, à cette concession aux vues rationnelles, de rencontrer moins de maladies graves, et

cela parce qu'on en rend moins de telles. Ainsi, ce n'est plus guère qu'à l'égard des gastro-entérites, entérites et colites légères, peu étendues et peu intenses, subaiguës; qu'à l'égard de celles où l'éréthisme général et local a été suffisamment émoussé; de celles où, par défaut de force du sujet, par manque d'intensité de la maladie, ou par l'effet d'un traitement débilitant préparatoire, les éléments inflammatoires se trouvent incomplets, disjoints, et, dans tous les cas, animés de peu d'énergie; ce n'est, disons-nous, que dans de telles circonstances que sont encore conseillés et prônés les remèdes dangereux, bien que parfois favorables, dont nous nous occupons. Du reste, leur mode d'agir peut, physiologiquement, se comprendre et s'expliquer : comptant ou non, en effet, sur le concours des lois vitales, qui, selon l'heureuse expression de M. Broussais, constituent la providence intérieure des organes, par l'emploi de ces divers agents on peut arriver à modérer ou à ranimer convenablement l'excitation des points malades.

Des mesures, en quelque sorte, préventives contre l'inflammation consisteraient à s'opposer, à l'avance, aux congestions par des évacuations sanguines, et à apaiser ou prévenir l'éréthisme nerveux par l'emploi des opiacés, des calmants. L'inflammation se trouverait ainsi, de fait, combattue dans ses deux principaux éléments. Dans des cas du genre de ceux dont il vient d'être question, quand on a lieu de compter sur l'absence ou le peu d'intensité de l'hypérémie, on peut donc concevoir comment les opiatiques réussissent.

L'action, non intime, moléculaire, mais telle qu'il est permis à nos facultés sensoriales de la saisir, l'action des résolutifs et des astringents, employés, en temps opportun, dans les inflammations externes, se passe trop journellement sous nos yeux, pour que nous n'en transmettions, par la pensée, l'explication à ce qui a lieu dans l'intérieur de nos organes, quand, dans des circonstances analogues, de semblables médicaments y sont dirigés. C'est en refoulant les fluides, en s'opposant à leur abord, que les astringents peuvent réussir, quand l'exaltation locale de la sensibilité ne contre-indique pas leur emploi. C'est en réveillant, en rétablissant à point l'excitation, que les toniques, que les résolutifs peuvent également bien faire; car, en définitif, ce sont les forces vitales qui opèrent les transformations, les dépôts, les éliminations, les dépurations, etc., etc.

Enfin, reste à expliquer la possibilité de la réussite des purgatifs dans les dyssenteries (vantés par Boerhaave, Zimmermann, Stoll), dans les diarrhées, et, en un mot, dans les affections irritatives ou même complètement inflammatoires du tube digestif. Pour se rendre compte de tels résultats, il faut se rappeler, 1° qu'il est bien constant que l'irritation peut s'épuiser par le fait de la suractivité des sécrétoires et de l'élimination de leurs produits; 2° qu'en exaltant instantanément l'action des propriétés vitales on peut, parfois, espérer, par suite de ce coup de fouet, de les voir tendre à rentrer dans l'ordre physiologique; 3° qu'enfin les effets de la révulsion peuvent se réaliser, dans

la continuité d'un même tissu, aux dépens des parties saines et à l'avantage des portions surirritées. Ainsi, quand on prescrit une purgation dans une des circonstances indiquées, où l'on compte déterminer une modification profitable dans la vitalité des organes malades, où l'on espère révulser l'irritation, l'attirer des surfaces souffrantes vers les parties saines, ou autrement par la décharge et l'élimination des produits dont la supersécrétion a été provoquée par ces grandes déperditions, on arrive aux mêmes fins que par suite de l'emploi énergique d'autres antiphlogistiques; mais il faut aussi se trouver suffisamment prévenu que ces remèdes peuvent facilement être employés à contre-temps, qu'ils peuvent ne pas agir dans le sens que l'on s'était promis, et qu'alors, enfin, ils peuvent faire beaucoup de mal, et mériter l'échange de l'épithète d'*héroïques* en celle d'*incendiaires*.

On peut donc se rendre à peu près compte des succès et des revers attachés à une médication dont la préférence ne peut guère être justifiée que par le succès.

CHAPITRE IV.

Des phlegmasies pulmonaires et pleurales (pneumonie latente, lobulaire, abcès du poumon, cavernes, etc.).

La pneumonie présente chez les enfants des particularités nombreuses qui doivent la faire distinguer de celle des adultes et lui mériter une description spéciale (1). M. le docteur Léger a cité, dans la thèse qu'il soutînt en 1823, des exemples remarquables de ces sortes de pneumonies; mais il semble avoir eu pour idée principale de démontrer que l'inflammation du poumon affecte ordinairement une marche *latente* (vérité pratique qu'avait déjà vérifiée et exprimée M. Guersent avec lequel M. Léger peut, du reste, partager le mérite d'avoir fixé davantage l'attention des médecins sur ce point important de la pathologie des enfants).

(1) Notre premier travail sur la pneumonie lobulaire ou partielle a été publié en 1828. (Thèse. Avril 1828. Paris.)

Sa dissertation, bien que renfermant des matériaux précieux pour la science, bien qu'éclairant plusieurs questions nosologiques et bien que remplissant le but qu'il paraît s'être proposé, ne peut cependant être considérée comme une monographie complète de la pneumonie propre à l'enfance.

Nous allons chercher à remplir les lacunes que nous avons cru trouver dans cette partie de l'histoire des maladies des enfants. Pour ne pas nous priver d'ordre et de suite, nous présenterons néanmoins une description entière de la maladie dont il s'agit, nous réservant, toutefois, de n'insister que sur les points qui nous paraîtront les moins éclairés.

C'est un peu avant ou environ vers l'âge de la puberté que l'inflammation du tissu pulmonaire commence à se manifester avec ces phénomènes si variés et en même temps si expressifs qui permettent de donner à son diagnostic de chaque jour cette sorte de perfection que lui ont acquise les travaux de Laennec. C'est vers cet âge aussi que la pathologie des enfants cesse d'être, en quelque sorte, une spécialité.

De même qu'il est possible de rencontrer quelquefois chez les adultes la pneumonie telle qu'elle a lieu ordinairement chez les enfants, il est aussi possible d'observer chez ces derniers tous les symptômes ou du moins la très grande majorité de ceux d'une péripneumonie régulière, franche, telle aussi qu'elle se manifeste le plus souvent chez les adultes; maiss d'un côté, là où est la règle, de l'au-

tre est l'exception. La pneumonie latente partielle, lobulaire, doit être regardée, en effet, comme type d'affection de ce genre chez les enfants, comme leur pneumonie habituelle; tandis que l'on ne peut considérer chez eux que comme une variété de cette maladie la pneumonie franche, celle enfin des adultes : toutefois celle-ci est encore moins commune, vers la première époque de la vie, que la pneumonie latente n'est rare pendant le cours des âges suivants.

La pneumonie chez les enfants est souvent double, et la pneumonie droite est chez eux, ainsi que chez les adultes, incontestablement plus fréquente que celle du côté gauche (1). La pleurésie simple est rare à cet âge; mais la pleuropneumonie y est, au contraire, assez commune (2). Voici, du reste, quelques relevés statistiques qui traduiront en chiffres ce que nous venons d'exprimer et ce que nous pourrions ajouter sous le rapport de la durée de cette affection et sur l'époque de l'enfance où elle semble s'observer le plus souvent. Sur quatorze

---

(1) Selon M. Baron, la pneumonie est très fréquente chez les enfants ; on l'observe même dès le commencement de la naissance ; mais, d'ailleurs, elle sévit chez eux à tout âge.

(2) L'opinion de M. Baron est aussi que la pneumonie droite *est beaucoup plus* fréquente chez les enfants que celle du côté gauche, et que, chez eux, d'ailleurs, la pneumonie est assez souvent double.

observations, l'âge (1) moyen était dec inq ans, et nous avons trouvé trois pneumonies droites, deux pleuropneumonies du même côté, une pneumonie gauche, quatre pneumonies, plus quatre pleuro-pneumonies doubles, et pour durée moyenne quarante-huit jours. Enfin, sur cinquante-six observations, l'âge moyen était de cinq ans deux cinquièmes, les pneumonies doubles au nombre de vingt-quatre, celles du côté droit au nombre de dix-neuf et les gauches au nombre de treize.

La toux, quoiqu'en général constante dans les affections des organes de la respiration, peut cependant manquer, bien que le poumon soit enflammé. Rarement, d'ailleurs, chez les enfants, est-elle suivie d'expectoration, et presque jamais les crachats (quand il s'en trouve) sont-ils sanglants ou *rouillés* (2). Le point de côté, la coloration spéciale des joues, l'état particulier du pouls, etc., sont, du reste, des épiphénomènes dont on a encore à regretter l'absence (3). Mais il est d'autres signes diagnostiques dont la fréquente privation se fait bien plus vivement sentir : ce sont ceux que de-

---

(1) Voir, à la fin de ce chapitre, l'article *Pleurésie*, et les observations 56, 65, 70, 72, etc.

(2) M. Baron pense aussi que les crachats rouillés ou sanglants ne s'observent pas chez les enfants atteints de pneumonie, si ce n'est chez ceux qui s'approchent de l'âge de la puberté. Du reste, généralement, les jeunes enfants ne crachent pas.

(3) Voir, à la fin, nos observations, depuis la 51e jusqu'à la 66e.

vraient fournir l'auscultation et la percussion de la poitrine. La grande sonoréité naturelle du thorax rend trop souvent, en effet, peu ou point appréciables, chez les enfants, les résultats de la percussion immédiate; genre d'exploration que contribue d'ailleurs à rendre moins profitable la circonspection que doivent imposer la ténuité et la délicatesse des parois que l'on percute. D'autre côté, l'indocilité et les criailleries si ordinaires chez les enfants, l'intensité si grande, chez eux, du bruit respiratoire, la multiplicité et la diversité des râles qui se succèdent quelquefois instantanément, empêchent souvent aussi de tirer parti du mode d'exploration que l'on doit à Laennec. En somme donc, les caractères physiologiques de la pneumonie sont, en général, chez les enfants, peu tranchés et en petit nombre; de telle sorte qu'il doit être et qu'il est, en effet, bien facile de méconnaître cette affection. C'est ce qu'avait sans doute remarqué Franck quand il disait que ce genre de pneumonie se cachait souvent sous des dehors si trompeurs, qu'on était fort étonné, à l'autopsie, de trouver les poumons enflammés.

Dans beaucoup de cas, cette maladie n'apparaît que sous la forme d'une simple bronchite aiguë dont elle emprunte la durée (obs. 61, 62); dans d'autres circonstances, par le degré d'émaciation auquel elle réduit les malades, par la lenteur avec laquelle elle les traîne vers la tombe, on la croirait une phthisie (obs. 57); c'est surtout quand la phlegmasie pulmonaire s'établit chez des

individus faibles, épuisés, quand elle existe concurremment avec d'autres affections, qu'elle marche d'une manière latente, et ces dernières circonstances ne sont pas les moins fréquentes, car assez rarement trouve-t-on, chez les jeunes sujets, des traces d'inflammation du côté du poumon, sans rencontrer simultanément ailleurs d'autres lésions (obs. 18, 42, 45, 51, 52, 56, 57, etc., 61, etc.). Primitivement ou consécutivement établies, de nombreuses affections accompagnent souvent, en effet, chez les enfants, l'inflammation du tissu pulmonaire. La pneumonie compliquée de symptômes cérébraux est assez commune chez eux et, de plus, fort grave. Le diagnostic est alors plus ou moins obscur, selon que les prodromes *ataxo-adynamiques* ont précédé ou suivi l'invasion de la maladie du poumon. Quand les symptômes appartenant à cette dernière affection se sont d'abord déclarés, l'erreur est moins facile (obs. 22, 55), tandis qu'il en est autrement quand c'est la *méningo-encéphalite*, par exemple, qui a pris les devants (obs. 17, 18, 19) (1). Pendant le trouble, où l'atteinte portée vers les centres nerveux a jeté l'économie, la phlegmasie du tissu pulmonaire se développe et gagne

---

(1) Il y a, cependant, cette particularité, précieuse pour le diagnostic, à saisir, que, dans les affections cérébrales, la respiration est le plus ordinairement lente et tranquille, tandis que le contraire, le plus ordinairement aussi, a lieu dans les phlegmasies pulmonaires.

inaperçue. La préoccupation où retient ce qui se passe de sérieux vers la tête distrait *du peu de chose* qui semble apparaître du côté de la poitrine, et l'on a quelquefois le chagrin de voir succomber, aux suites d'une affection que l'on croyait éphémère, de jeunes infortunés que l'on se félicitait déjà d'avoir arrachés aux périls d'une maladie cérébrale (1). En pareil cas, l'inflammation du poumon ne s'annonce quelquefois *que par un peu de toux*, et ce seul indice peut encore même venir à manquer (obs. 18) : l'épuisement dans lequel sont jetés les malades, par le fait de la gravité et de la longueur de l'affection à laquelle ils semblaient devoir échapper et par suite des moyens énergiques que l'on a été dans la nécessité d'opposer à celle-ci, éteint, pour ainsi dire, toute manifestation extérieure de la part de la maladie nouvelle qui survient, et rend cette dernière doublement grave, en ne permettant plus de recourir à une médecine active.

Les phlegmasies pulmonaires et gastro-intestinales se montrent assez souvent en même temps; mais c'est plus spécialement pendant le cours des péripneumonies que se déclarent les affections

---

(1) J'ai éprouvé deux fois, en 1829, de semblables regrets. J'avais soigné d'abord, avec succès, deux enfants, l'un âgé d'environ deux ans et l'autre de cinq, tous deux affectés de méningo-encéphalite, et j'ai eu la douleur de les perdre par suite de péripneumonies survenues pendant la convalescence qui avait suivi leur première maladie.

gastro-intestinales et plus particulièrement l'entéro-colite, que l'on voit surtout apparaître vers la dernière période des affections pulmonaires : la diarrhée qui survient alors, jointe à la bouffissure de la face, à l'œdème des extrémités inférieures, est, en général, le sinistre avant-coureur d'une terminaison tout à la fois funeste et prochaine. Quelquefois l'anasarque existe sans diarrhée et n'est pas, pour cela, d'un meilleur augure (obs. 56). La pneumonie vient plus souvent compliquer la bronchite qu'elle ne se trouve modifiée dans son cours par l'apparition de cette dernière. C'est, en effet, chez la plupart des enfants, de la membrane muqueuse des bronches que part l'inflammation pour gagner et envahir le tissu vésiculaire des poumons. Quant aux tubercules pulmonaires, que la péripneumonie ait précédé ou suivi leur développement, elle le favorise, le hâte, accélère la période de *ramollissement*, tend enfin à préparer ou précipiter un dénouement fatal. La *pneumopleurésie*, ou l'inflammation qui débute par envahir le poumon avant de gagner la plèvre, est plus fréquente chez les enfants que la *pleuropneumonie*, ou l'inflammation qui de la plèvre se porte aux poumons. Toutefois, la réunion de ces maladies, dans quelque ordre qu'elle se soit opérée, est moins fréquente à cet âge qu'aux suivants. Dans la pluralité des cas, c'est la pneumonie qui vient compliquer la rougeole et la variole; quelquefois néanmoins on voit apparaître la variole vers la fin d'une pneumonie, et le malade épuisé ne tarde pas à succomber sous l'influence de cette nou-

velle affection dont l'évolution est le plus souvent alors incomplète. L'association de la pneumonie avec les fièvres éruptives est toujours d'ailleurs une chose très grave. C'était aussi l'opinion de Sydenham, et Rosen, en s'occupant de la rougeole, parle de la fréquence et de la gravité des phlegmasies des organes thoraciques qui se développent sous l'influence des affections cutanées.

Que, s'il s'agit maintenant de présenter en un cadre raccourci le tableau de la maladie qui nous occupe, nous dirons, de la pneumonie chez les enfants, qu'elle sévit surtout avant l'époque de la seconde dentition; qu'elle est fréquemment compliquée; qu'elle se manifeste souvent à la suite des bronchites et des affections cutanées; qu'elle fait périr un grand nombre d'enfants; qu'elle sévit surtout encore pendant les temps froids et humides, au milieu de l'air infect des hôpitaux; que très souvent elle débute et marche d'une manière latente insidieuse; que la toux est le seul symptôme qui, parfois, puisse la trahir; que l'expectoration est rare, que ses produits n'offrent point d'ailleurs de caractères particuliers (1); que la gêne de la respiration est quelquefois peu marquée, bien que la pneumonie soit étendue (obs. 64); que d'autres fois cette gêne

---

(1) Les crachats sanglants, couleur abricot, etc., aussi bien que les hémoptysies en général (par exhalation, car nous verrons que celles occasionées par la rupture de vaisseaux de la poitrine arrivent quelquefois), sont des symptômes presque exceptionnels chez les enfants.

est portée à l'extrême, quoique les atteintes organiques soient peu profondes et légères (obs. 53, 59) (les points de côté, les douleurs sous-sternales appartiennent plus spécialement aux pleurésies et aux bronchites et sont, du reste, rares chez les enfants) (1); qu'enfin les modes d'exploration que l'on doit à Avenbrugger et à Laennec sont loin de donner toujours les résultats avantageux qu'on en retire dans la médecine des adultes.

La grande *sonoréité* de la poitrine chez les enfants n'est pas le seul motif qui rende parfois illusoires les avantages que l'on pourrait se promettre de la percussion des parois de cette cavité. Au jeune âge, en effet, l'inflammation se trouve bien plus souvent disséminée çà et là dans le tissu pulmonaire, qu'elle n'occupe en *bloc*, ainsi qu'il est d'ordinaire chez l'adulte et le vieillard, une certaine étendue de ce tissu, la totalité d'un lobe pulmonaire par exemple. Ces lésions ainsi répandues, et qui, envisagées collectivement, ne laissent pas que de former un tout considérable, occupent isolément si peu de place, que, la plupart du temps, la résonnance naturelle du thorax ne s'en trouve nulle part sensiblement altérée. De plus et ainsi que l'observe judicieusement M. Guersent (*Dict. de médecine*, art. *Enfant*, patho.), il est possible que les lobes correspondants de chaque poumon se trou-

---

(1) Suivant également M. Baron, le point de côté n'existe pas chez les jeunes enfants, ou du moins il n'est pas accusé par eux.

vent semblablement hépatisés, et dans ces cas encore il ne peut exister, on le conçoit aisément, aucune différence entre le son rendu par l'un et l'autre côté de la poitrine percutée. Relativement à l'auscultation, plusieurs remarques peuvent aussi être jointes aux précédentes. Quelquefois, différentes espèces de râles s'entendent simultanément, de sorte qu'il devient alors très difficile de les distinguer exactement (obs. 59, 63). Les râles crépitant et sous-crépitant que l'on retrouve chez les enfants affectés de pneumonie, plus souvent chez eux que chez les adultes, se mêlent et se confondent avec le râle muqueux et plus souvent aussi se font entendre dans de simples bronchites, surtout dans celles qui occupent les dernières ramifications bronchiques et nommées, par cette raison, bronchites *capillaires*. C'est donc à tort que l'on a prétendu considérer le râle crépitant comme signe pathognomonique de la pneumonie au premier degré. Laennec lui-même, qui, le premier, émit cette assertion, plaça le siége du catarrhe sec dans les dernières ramifications des bouches ; et, en se rappelant que l'on a comparé le râle crépitant au cliquetis d'une petite soupape, ne serait-on pas porté à croire que ce médecin a voulu parler de ce dernier râle, quand il dit qu'au moyen du stéthoscope l'on entend parfois, dans le catarrhe sec, un bruit analogue à celui que nous venons d'indiquer?

Le râle crépitant s'entend fréquemment, chez les enfants, jusqu'au dernier terme de la pneumonie ; nous chercherons à rendre compte de cette

particularité en traitant des altérations que la pneumonie laisse après elle. C'est peut-être à une disposition particulière, chez les enfants, des vésicules pulmonaires, à cette cause jointe au peu d'épaisseur et de densité des parois thoraciques, qu'il faut attribuer, chez eux, l'intensité du bruit respiratoire. Quoi qu'il en soit, la *respiration puérile*, pour peu qu'elle soit précipitée, se rapproche beaucoup du souffle bronchial, avec lequel il devient alors aisé de la confondre. A part l'impossibilité de faire parler à volonté les enfants et de les empêcher de crier, la résonnance de la voix est toujours naturellement si grande chez eux, qu'on ne sait trop souvent à quoi s'en tenir sur l'existence réelle ou non de la *bronchophonie* : il en est de même à l'égard de l'égophonie (1).

Ainsi qu'il a été dit plus haut, l'inflammation se répand assez souvent, chez les enfants, çà et là dans le tissu des poumons, de façon à n'occuper que des points peu étendus et plus ou moins multiples : quelquefois elle n'affecte qu'une portion de lobe ou quelques lobules pulmonaires (2); elle

---

(1) M. Baron ne considère pas non plus le râle crépitant comme pathognomonique dans la pneumonie chez les enfants, et il admet que les râles muqueux et sifflant se font pareillement entendre chez eux dans cette affection.

(2) M. Baron a remarqué la forme lobulaire et la dissémination de la phlegmasie dans le tissu pulmonaire chez les enfants ; ces lésions spéciales lui paraissent aussi très remarquables.

peut aussi s'étendre bien au delà de la totalité d'un lobe. La pneumonie des enfants diffère donc habituellement de celle des adultes par les symptômes, la disposition et l'étendue des lésions, quelquefois seulement par les symptômes, et ne s'en éloigne, d'autres fois, enfin, que par la dissemblance des altérations organiques. Ce n'est, du reste, qu'en acceptant toutes ces variétés symptomatiques et anatomopathologiques, en les recueillant et les admettant isolément ou réunies, que l'on peut être fondé à établir que la pneumonie des enfants forme exception chez les adultes et règle chez ceux-ci. Il en résulte encore, d'ailleurs, que l'épithète de latente ne convient pas plus exclusivement à ce genre de pneumonie que celle de lobulaire ou partielle.

Nous avons examiné, pour la plupart, les particularités symptomatiques ; passons à la description des altérations anatomopathologiques.

En ouvrant les cadavres d'enfants morts de pneumonie, on trouve souvent les deux poumons, ou un seul, comme *criblés* de points pneumonisés (obs. 51, 54, 57); ces lésions peuvent être aussi limitées dans leurs dimensions, et en même temps peu multipliées (obs. 52, 59, 61) : d'autres fois, non interrompue par des portions plus ou moins considérables de tissu sain, l'altération organique se continue, se prolonge, se dessine le long des bords ou autour de la base des poumons, où elle apparaît sous la forme d'un liseré (obs. 59, 62). Les caractères physiques que présente, chez les enfants, le tissu pulmonaire phlogosé peuvent s'iden-

tifier avec ceux assignés par les auteurs aux états dits d'*engouement*, d'*hépatisation* et de *splénisation;* mais le plus souvent, néanmoins, ils en diffèrent totalement. Pour peu, en effet, que l'on ait occasion de pratiquer des ouvertures de cadavres chez de jeunes sujets, on a lieu d'être frappé des particularités que présentent, la plupart du temps, les altérations phlegmasiques du poumon. (Nous avions fait, en particulier, ces remarques dès 1824, et avant d'avoir acquis ailleurs la moindre notion à cet égard.) M. Léger (thèse citée) leur assigne les mêmes caractères anatomiques qu'au tissu de la rate; mais nous ne croyons pas cette comparaison exacte, car on ne reconnaît ici ni surface grenue, ni granulations, comme dans le parenchyme de la rate. Le tissu morbide qui s'offre le plus souvent est flasque, dense, résistant, ne laisse rien suinter à la pression; il est traversé par quelques intersections blanches et rares, et la surface des tranches qu'on y pratique semble, à la vue comme au toucher, unie et lisse (obs. 54, 56, etc.). A un degré plus avancé, les portions de poumon ainsi altérées, plongées dans un vase plein d'eau, ne surnagent pas plus que précédemment, mais leur coloration a changé par suite des progrès de la maladie; elles étaient d'abord d'un rouge variant entre le rouge, le violet ou le brun, plus tard d'un rouge pâle ou jaunâtre; elles sont, en même temps, devenues très friables, humides, et comme imbibées d'un liquide purulent (obs. 55, 61, 65). Cette altération organique, à son premier état, n'a de comparable, avec la rate, que la flaccidité et parfois la

teinte. L'analogie est, certes, bien plus grande entre elle et la substance corticale du rein ; et, sous ce rapport, la dénomination de *rénification* lui conviendrait beaucoup mieux que celle de *splénisation*.

Voici quelques relevés qui pourront donner une idée de la fréquence relative de ces dissemblances dans les altérations organiques. Sur seize cadavres de jeunes péripneumoniques, nous avons trouvé sept fois le genre de lésion que nous venons de décrire, six fois celles appartenant aux pneumonies ordinaires, trois fois, enfin, des altérations répondant à l'une et l'autre des deux formes indiquées.

Quand les points pneumonisés sont nombreux, la maladie, quoique limitée, si on l'envisage en détail, partiellement, n'est pas moins très étendue, considérée dans son ensemble : aussi son issue est-elle alors très souvent fatale, bien qu'elle ne soit parvenue qu'au *premier degré* ou quelquefois au second. Il arrive, néanmoins, et c'est souvent chez les enfants faibles, que les portions de tissu pulmonaire enflammées, quoique peu nombreuses et tout à la fois peu étendues, n'atteignent pas un degré plus avancé ; mais très souvent alors quelque complication est venue aggraver la situation des malades. Un fait digne de remarque, c'est que souvent la pneumonie même, après un temps assez prolongé, après quinze jours, un mois, six semaines, par exemple, ne laisse après elle, chez les enfants, que les traces cadavériques, qu'ailleurs on ne trouve que quand la vie a cessé dès les pre-

mières périodes de la phlegmasie pulmonaire. Cette circonstance semble expliquer pourquoi, chez les jeunes péripneumoniques, le râle crépitant se conserve parfois jusqu'à la fin de la maladie.

C'est plus spécialement quand l'inflammation pulmonaire non disséminée se borne à occuper quelques lobules rares, ou une seule portion (toujours plus grande alors) de l'un ou des deux poumons, que les progrès des lésions anatomopathologiques suivent la progression du temps; qu'à l'engouement succède l'hépatisation rouge, suivie elle-même de l'infiltration purulente et des abcès du poumon (1). Sans qu'il soit possible de fixer, d'une manière mathématique, la limite en deçà ou au delà de laquelle l'affection, disséminée sur plusieurs points ou concentrée sur un seul, donnera lieu à des collections purulentes, ou se terminera seulement par hépatisation rouge, grise, par engouement, etc...., on conçoit qu'il est des désordres dont l'étendue et, par suite, la gravité sont incompatibles avec les conditions ordinaires de la vie, et qu'il existe, sous ce rapport, une proportion inverse entre l'étendue et les progrès du mal. A ce propos, nous pouvons citer ici quelques cas se rapprochant des extrêmes, et circonscrivant ainsi des faits intermédiaires beaucoup plus nombreux. Dans le premier, une

(1) Genre d'altération organique dont la fréquence n'est généralement pas très grande, mais que M. Baron a observé rarement chez les très jeunes enfants.

péripneumonie donna lieu à une excavation d'environ, au moins, trois pouces carrés (obs. 58) (Laennec a rapporté une observation analogue) : dans le second, que nous avons eu également l'occasion d'observer, un seul poumon renfermait une dizaine de foyers purulents, dont les diamètres variaient de quelques lignes jusqu'à un pouce d'étendue (obs. 51). Le plus ordinairement les points pneumonisés ne le sont pas tous au même degré. L'apparition successive et la marche progressive de ces diverses lésions, quelquefois très nombreuses, expliquent alors la possibilité de grands progrès de la part de quelques unes d'entre elles, qui ont pu se trouver en petit nombre pendant long-temps.

La pneumonie *lobulaire* ou *partielle* étant plus commune chez les enfants qu'à toute autre époque de la vie, il n'est pas étonnant que les terminaisons, par suppuration, auxquelles on donne le nom d'abcès du poumon se rencontrent plus souvent chez eux que chez les adultes. Ces terminaisons particulières n'étaient pas, cependant, regardées comme très rares chez les anciens, et cette opinion est encore celle de plusieurs médecins de nos jours, entre autres des docteurs Chricton et Himly. Laennec s'est élevé contre elle, en avouant, toutefois, que, pendant certaines constitutions médicales, de pareils résultats pouvaient cesser d'être rares. Lui-même dit avoir observé, pendant le cours de 1823, plus de vingt cas de pneumonies partielles terminées par abcès. Selon le même auteur, la vomique d'Hippocrate et de quelques pra-

ticiens modernes ne résulterait que du ramollissement d'une masse de matière tuberculeuse. Il établit, ainsi qu'il suit, une distinction anatomique entre les excavations formées par la matière tuberculeuse ramollie et celles provenant de la suppuration du poumon. « Les excavations tuberculeuses sont bien circonscrites ; leurs parois sont fermes et recouvertes d'une fausse membrane. Les parois des abcès pulmonaires sont, au contraire, infiltrées de pus et d'autant plus ramollies que l'on s'approche davantage du foyer purulent, qui, en outre, ne contient jamais de matière tuberculeuse. » Ailleurs, il convient que, dans quelques cas, la couleur et l'aspect de la matière tuberculeuse ramollie sont assez semblables à ceux du pus, et que l'on trouve quelquefois les parois des excavations tuberculeuses formées par le *tissu pulmonaire* rouge, durci ou infiltré de matière tnberculeuse à différents états.

MM. Andral, Bayle et Laennec lui-même ont reconnu que les parois environnant la matière tuberculeuse pouvaient être formées par le tissu pulmonaire ulcéré. M. Andral prétend que la fausse membrane n'existe, dans les excavations dues au ramollissement des tubercules pulmonaires, que quand elles tendent vers la cicatrisation. Le même auteur dit que les grumeaux que l'on rencontre dans les cavernes des poumons chez les phthisiques ne sont pas toujours des restes de matière tuberculeuse, puisqu'on en trouve dans les cavernes communiquant largement depuis long-temps avec les bronches.

Si donc l'on considère que la présence de la

matière tuberculeuse n'est pas constante dans ces mêmes cavernes, que l'on rencontre quelquefois au milieu des foyers simplement purulents des particules blanches, d'une consistance pultacée, et qu'enfin les parois des excavations, suites de pneumonies peu étendues, peuvent être formées par le tissu du poumon ulcéré, par ce tissu diversement modifié par la phlegmasie, que ces parois peuvent être revêtues de fausses membranes, etc....., il sera difficile de ne pas convenir de la possibilité d'une exacte ressemblance entre les excavations consécutives à la phthisie pulmonaire et celles résultant de pneumonies *partielles*.

Cette vérité, du reste, n'est point passée inaperçue : à l'article *Pneumonie* du *Dictionnaire de médecine*, M. Chomel dit que les collections purulentes, suites de pneumonies, sont séparées quelquefois du parenchyme pulmonaire par une fausse membrane, et qu'elles offrent alors une ressemblance frappante avec les excavations tuberculeuses. Nous avons entendu professer à M. Guersent que les terminaisons de pneumonies par abcès étaient assez communes chez les enfants, et qu'il était possible de prendre pour ulcérations tuberculeuses les cavernes provenant de la suppuration partielle de quelques lobules du poumon.

Revenons maintenant aux phénomènes morbides observés pendant la vie, et examinons s'ils n'offrent pas parfois une ressemblance embarrassante avec ceux qui se manifestent pendant le cours de la phthisie pulmonaire tuberculeuse.

Il est à remarquer d'abord que la respiration inégale, saccadée est un symptôme que M. Guersent regarde comme étant commun aux deux maladies. M. Chomel, en parlant de certaines bronchites qui peuvent simuler la phthisie pulmonaire, s'exprime ainsi : « Les malades perdent leur embonpoint et leurs forces, leur pouls s'accélère ; il y a des redoublements nocturnes, des sueurs matinales, de la soif, des vomituritions, du dévoiement ; le dépérissement fait de jour en jour de nouveaux progrès, et la mort enfin termine cette succession de phénomènes..., » qui, ajouterons-nous, pourrait être souvent prise pour une peinture exacte de la dernière période de la pneumonie dont nous avons parlé. Que l'on passe ensuite à l'examen des signes propres à faire reconnaître les abcès du poumon, et tels que les a transmis Laennec, savoir le râle caverneux, le râle muqueux à grosses bulles, le gargouillement et la pectoriloquie : ces signes sont précisément les mêmes que ceux destinés à faire découvrir les cavernes tuberculeuses. Ainsi, et sans qu'il soit d'ailleurs question de réduire ici la théorie du stéthoscope aux seuls avantages bien constants que démontre l'observation la plus ordinaire des faits, on ne peut guère refuser d'admettre que, même à l'aide de cet instrument, il doit être peu facile, ou plutôt possible de distinguer toujours, pendant la vie, les signes propres à la phthisie pulmonaire de ceux appartenant à une pneumonie *peu étendue, disséminée, partielle !*... et déjà nous sommes convenu qu'il pouvait également paraître difficile à l'*anatomopathologiste* de faire la part

exacte des lésions organiques relatives à chacune de ces maladies.

Rappelons encore que la durée de la pneumonie, chez les enfants, est généralement longue, qu'ainsi la lenteur de sa marche est quelquefois telle, qu'on a vu arriver, à l'hôpital, des enfants toussant depuis deux mois environ, ne succomber qu'après un laps de temps à peu près égal. Sauf les altérations anatomiques correspondantes, ce sont bien là véritablement des pneumonies chroniques, mais les lésions cadavériques qui s'y rapportent ne permettent néanmoins que de leur donner le nom de subaiguës, tandis que la première dénomination se trouve plus spécialement réservée à une sorte de pneumonie dont les altérations organiques sont aussi particulières. Laennec, Chomel et quelques auteurs mettent presqu'en doute l'existence de la pneumonie chronique. M. Chomel dit n'avoir vu que deux fois sur le cadavre, dans un espace de seize ans, les lésions qui caractérisent la pneumonie chronique. M. Andral dit les avoir rencontrées plus fréquemment; et elles ne lui semblent pas aussi rares qu'on l'a dit. Le caractère anatomique de cette affection est un endurcissement du tissu pulmonaire, qui est devenu en même temps imperméable à l'air, qui se présente sous une teinte fauve, grise, brune ou noire, et avec une consistance comme fibreuse. Nous croyons aussi la pneumonie chronique extraordinairement rare chez les jeunes sujets, mais nous admettons cependant la possibilité de sa rencontre; car, à quelle sorte d'affection rat-

tacherait-on les altérations organiques de l'espèce de celles dont nous rapportons deux exemples (obs. 15 et 60) ?

Arétée dit, en parlant de la pneumonie, et spécialement de la pleuropneumonie, que ceux qui échappent à la suffocation sont long-temps tourmentés par l'ulcère et tombent dans la phthisie. Avant lui, Hippocrate, qui nommait pleurésie toute espèce de douleur de côté, avait émis de semblables idées.

Boerhaave et Stoll distinguaient la pneumonie en vraie et en latente, souvent alors chronique, fréquemment héréditaire, et se terminant par la phthisie. « On convient sans peine, dit Pujol, qu'en général toutes les suppurations sourdes de la poitrine supposent une inflammation antérieure, laquelle a été le plus souvent assez faible et assez latente pour n'être point aperçue ; mais on ne s'imagine pas aussi aisément que le terme de la suppuration étant arrivé, l'inflammation latente ait encore lieu dans les surfaces ulcérées, et qu'un phthisique qui crache du pus puisse être en même temps travaillé par la phlogose : c'est pourtant ce qui arrive le plus souvent ! »

Bien que la dénomination de phthisie ne s'employât jadis que pour désigner toute maladie des organes de la respiration avec dépérissement, fièvre hectique, et n'ait guère été réservée que depuis Laennec à la maladie caractérisée par les tubercules pulmonaires, de telles citations, si elles ne présentent quelque importance touchant l'origine inflammatoire de la phthisie pulmonaire

tuberculeuse, sont, néanmoins, de nature à prouver la grande analogie qui existe, *parfois*, entre des maladies que des hommes justement célèbres ont confondues sous une même dénomination.

En résumé, donc (et nous insistons sur ce fait qui nous paraît offrir quelque intérêt, non seulement parce qu'il offre quelques particularités anatomiques et symptomatiques, mais encore parce qu'il signale la possibilité de confondre des affections différentes et différemment graves), la péripneumonie, chez les enfants, peut présenter la forme, l'expression, la marche, les terminaisons propres à la phthisie pulmonaire. L'induction à en tirer, c'est que l'on peut ne pas avoir à combattre inutilement, peut-être aussi souvent qu'on pourrait le croire, une maladie incurable, et que, dans les cas douteux, il doit en résulter, pour le médecin, plus de confiance et de persévérance dans les secours actifs de l'art; pour les familles, plus de sécurité et d'espoir.

C'est à dessein que nous avons ajouté, tout à l'heure, l'épithète de tuberculeuse au mot *phthisie*. A ce propos, en effet, nous insinuerons que la *prétendue* phthisie *ulcéreuse* de Bayle, celle, au reste, que Laennec considère simplement comme le dernier degré de la phthisie tuberculeuse, ne serait autre chose, dans la plupart des cas, qu'une pneumonie *partielle* terminée par suppuration, par abcès.

Les phlegmasies du tissu pulmonaire, aux-

quelles succède la gangrène, éloignent, par la rapidité de leur marche, dès qu'elles ont adopté cette terminaison, la possibilité de méprises que suffirait, d'ailleurs, pour rendre extrêmement rares, la fétidité caractéristique des crachats, de l'haleine et des escarres.

S'il peut être, parfois, difficile de différencier la pneumonie d'une simple bronchite, cependant, dans les cas les plus favorables au diagnostic, l'absence d'un ensemble de phénomènes propres à faire soupçonner la phthisie pulmonaire et la réunion de quelques symptômes, autres que ceux d'une simple bronchite, pourront éloigner les erreurs. Ainsi, point d'hémoptysies antécédentes (accident, du reste, très rare chez les enfants); nulle particularité, soit à la percussion, soit à l'auscultation, dans le bruit respiratoire et la résonnance de la poitrine, sous les clavicules; point de crachats contenant des grumeaux ou des fragments comme tuberculeux, ni sueurs partielles, ni diarrhée, ni dépérissement long tendant à une maigreur squelettique, ni durée fort prolongée de la maladie, remontant, par exemple, à six mois, à un an, etc. Mais, au contraire, une marche assez aiguë, des crachats pneumoniques (très rarement observés aussi); enfin, à l'aide des modes d'exploration dont il vient d'être parlé, la sensation d'une crépitation disséminée sur plusieurs points, et particulièrement vers la base de la poitrine, tandis que le son rendu s'y trouve comparativement modifié, etc..... De semblables conditions pourront en-

hardir le médecin appelé à se prononcer sur l'existence ou non de la variété de pneumonie dont il est ici question.

Certaines coïncidences peuvent aussi augmenter encore la difficulté des recherches cadavériques : nous avons, par exemple, rencontré un cas (M. Andral en cite un semblable) où des tubercules, à différents degrés, se trouvaient au centre de quelques lobules pulmonaires hépatisés, tandis que diverses autres portions circonscrites du même poumon, simplement parvenues à l'état d'hépatisation, étaient absolument dépourvues de toute trace de tubercule!.... Ne peut-on prévoir une époque, où il aurait été difficile de faire la part des altérations dues au ramollissement des tubercules, de celles provenant de la suppuration pure et simple du tissu du poumon?

A propos de diagnostic, nous ne pouvons taire un nouveau mode d'exploration de la poitrine, toujours préférable, selon nous, à celui imaginé par Avenbrugger et préconisé par Corvisart. Nous avons déjà traité ce sujet dans le numéro de juin 1828 de la *Revue médicale*. La percussion médiate (car c'est d'elle dont il s'agit) est surtout précieuse dans les maladies de poitrine chez les enfants. Cette percussion, pratiquée sur un corps interposé entre les doigts et la cavité qu'on explore, par cela même qu'elle peut avoir lieu sans danger avec plus de force, étend plus profondément son action, donne des résultats plus évidents et possède, en outre, l'heureux avantage de ménager les parties sur lesquelles elle agit, ces parties fussent-

elles même affectées ; considération importante, puisqu'il devient ainsi possible d'éclairer, pour ainsi dire, pas à pas, la marche d'une pneumonie, par exemple, bien que le derme des parois thoraciques le plus voisin de la lésion du poumon ait été dénudé par l'application d'un vésicatoire, et lors même qu'une pleurodynie compliquerait la phlegmasie pulmonaire ou celle de la plèvre (obs. 60, 63).

La variété de pneumonie, à laquelle s'appliquent les épithètes de partielle, lobulaire ou latente, semblerait généralement peu grave, considérée chez l'adulte. Laennec dit, en effet, que, dans la plupart des cas, elle cède aux efforts de la nature et de l'art, et que, sur plus de vingt cas de pneumonies partielles terminées par suppuration, il n'a eu à regretter que la perte de deux malades. Cette maladie, presque endémique à l'hôpital des Enfants, est loin d'y offrir un tel caractère de bénignité. Les cavernes pulmonaires, suites de cette affection, se cicatrisent, il est vrai, plus facilement que quand elles proviennent de la fonte des tubercules : néanmoins, quand la maladie est parvenue à ce degré avancé, les guérisons nous ont toujours paru rares et la mort, au contraire, fréquente.

Du reste, toutes les variétés admises de pneumonies sont toujours très graves chez les enfants, sans parler même de cette considération que, généralement, elles hâtent ou favorisent le développement des tubercules pulmonaires.

Quand la pneumonie débute d'une manière aiguë, il faut la traiter activement, parce que cette maladie

a particulièrement une grande tendance à passer à l'état chronique ou subaigu. Aussi faut-il insister sur les antiphlogistiques, employer et répéter les évacuations sanguines, prescrire des boissons mucilagineuses, une diète absolue. A part la difficulté de trouver les veines du bras assez développées pour qu'il y ait possibilité d'employer la lancette, la saignée générale jette souvent les jeunes enfants dans un état de prostration et de débilité que la persistance de la maladie change trop aisément en une véritable agonie. Ainsi, chez les enfants faibles, délicats ou d'un âge au dessous de six ou huit ans, et généralement chez ceux où le défaut de développement des veines sous-cutanées ne permet pas de pratiquer la phlébotomie, il faut employer de préférence les saignées locales (1); et c'est encore à elles que l'on doit avoir recours quand l'état d'éréthisme a été abattu, la réaction, les forces générales affaiblies. Les sangsues ou les ventouses scarifiées seront dirigées sous les clavicules, au bas du sternum, mais de préférence vers les point du thorax où sera perçue quelque modification soit dans le bruit, soit dans le son de la poitrine.

Dans la deuxième période de la pneumonie ou

---

(1) Dans la pneumonie et la pleurésie, chez les jeunes enfants, M. Baron préfère les saignées locales; plus tard, à un âge plus avancé, il a recours, avec succès, à la saignée générale, à celle-ci combinée avec les moyens précédents.

quand il importera de n'extraire qu'une quantité déterminée de sang, nous ferons choix des ventouses scarifiées. Par leur moyen, en incisant profondément ou en effleurant seulement la peau; en maintenant écartées ou rapprochées, par la position, les lèvres de la plaie, en prolongeant ou non la succion de la pompe, il est non seulement possible de rendre faible ou abondante la perte du sang; mais, de ces diverses manières de procéder, peuvent résulter encore des effets révulsifs et dérivatifs très précieux et très profitables dans la période qui suit l'épisthénie. Les cataplasmes émollients, les fomentations de même nature, l'application de corps gras sur les parois de la poitrine, d'une efficacité au moins douteuse dans la péripneumonie des adultes, sont, au contraire, des moyens dont on ne saurait se priver à l'égard des enfants. Ce n'est pas non plus sans utilité chez eux que l'on sollicite une révulsion légère, ou plutôt une dérivation vers les extrémités inférieures en enveloppant les jambes et les pieds de cataplasmes chauds, que l'on peut recouvrir de laine et de taffetas gommé.

Par la continuation pure et simple des boissons émollientes, du régime, enfin par le seul secours de la médecine dite expectante, on atteint fréquemment une parfaite guérison.

Mais comme, spécialement chez les enfants, de semblables phlegmasies, quand la résolution n'en est pas prompte et complète, ont une grande tendance à passer à l'état subaigu (transformation fâcheuse, état morbide nouveau, long et rebelle), il faut favoriser, hâter même autant que possible

la progression favorable, par l'emploi simple ou combiné avec les émollients et les émissions sanguines des moyens appelés résolutifs. C'est ainsi que les vésicatoires, appliqués, en temps opportun, sur les parois thoraciques (1), peuvent faciliter ou déterminer la disparition d'une pneumonie que la première médication avait jetée, pour ainsi dire, dans une sorte de position indécise. Les emplâtres résineux, ceux de ciguë (comme très agglutinatifs) saupoudrés de tartre stibié, employés de la même manière, peuvent aussi favoriser de pareils résultats que peuvent, d'ailleurs, contribuer à atteindre l'usage des boissons légèrement sudorifiques et expectorantes (kermès minéral, scille, ipécacuanha, etc., introduits dans des préparations gommeuses, édulcorées elles-mêmes avec le sirop de capillaire, de bourrache, de Tolu, d'ipécacuanha, etc., etc.). Du reste, les moyens résolutifs employés trop tôt peuvent réveiller ou augmenter la réaction générale et l'irritation locale ; employés trop tard quand la phlegmasie est passée à l'état chronique, leur efficacité devient alors plus rare, souvent douteuse.

Les excitants, les toniques sont indiqués quand

---

(1) A la suite de l'emploi des émissions sanguines, M. Baron considère les vésicatoires appliqués sur les parois de la poitrine comme des moyens très utiles et très avantageux dans le traitement de la pneumonie chez les enfants.

une grande débilité a succédé à l'état sthénique; mais quoique la nature soit très puissante chez les jeunes sujets, quoique leur force de résistance ait quelquefois lieu d'étonner, comparée à leur faiblesse constitutionnelle générale; quoique enfin, ainsi qu'on le dit d'une manière banale, les malades reviennent parfois chez eux de loin, on n'est rien moins que certain de sauver toujours les enfants en quelque sorte épuisés par la longueur et les progrès de la maladie, ou par l'abus d'une médecine trop énergiquement antiphlogistique. Dans de telles circonstances, les plaies produites par les emplâtres vésicants et celles résultant des scarifications de la lancette ou de la morsure des sangsues se gangrènent, et c'est là un sinistre pronostic.

L'expérience, le tact médical doivent, d'ailleurs, guider, au lit des malades, dans l'emploi, la mesure, le choix et la combinaison des divers agents thérapeutiques, dont l'usage rationnel ne peut être indiqué ici que d'une manière approximative et générale.

L'émétique à dose *rasorienne* doit aussi trouver quelques lignes, lorsqu'il s'agit de médicaments destinés à compléter la résolution des inflammations pulmonaires. Ce remède n'agit-il qu'en opérant une diversion du côté des organes digestifs? ou bien a-t-il une action directe, spéciale, sur les poumons, sur le cœur, sur le système circulatoire? Plusieurs des médicaments, pris dans la classe des *contre-stimulants*, et particulièrement le tartre stibié, paraîtraient susceptibles de réunir plus ou

moins complètement, quoique parfois, à l'exclusion les unes des autres, ces diverses propriétés (1). L'émétique, par exemple, disons-nous, peut révulser sur la surface intestinale la phlegmasie pulmonaire; il peut exercer une action résolutive sur les poumons, ou enfin il peut agir d'une manière sédative sur le système circulatoire, sur la réaction générale et, consécutivement, sur la réaction locale. Les substances de cette classe sont donc, pour ainsi dire, des armes à plusieurs tranchants, et le danger de leur usage, leurs inconvénients proviennent de ce que l'on peut difficilement juger d'avance, du côté et de la manière dont elles frapperont, si leur direction n'aura lieu que dans un sens, ou si elles agiront sur plusieurs points. Sans nous occuper plus long-temps de cette question, nous nous contenterons de dire que nous avons vu plusieurs malades succomber malgré l'emploi de cette médication, et que nous avons vu, par contre, plusieurs péripneumoniques guérir sous l'influence bien marquée de ce remède.

M. le docteur Blache a publié, dans les *Archives de médecine*, quelques exemples nouveaux

---

(1) L'oxyde blanc d'antimoine, beaucoup vanté dans ces derniers temps, semble posséder, à un faible degré, l'action révulsive (*).

(*) L'oxyde blanc d'antimoine est, suivant M. Baron, un médicament tout à fait inerte; il l'a beaucoup employé dans un temps, et il ne lui a paru produire aucun effet.

de succès obtenus par l'émétique à haute dose; ces observations intéressantes ont été recueillies dans le service de M. Guersent, qui, néanmoins, s'avoue aussi peu partisan de cette méthode (1). Selon ce praticien, l'emploi du tartre stibié, dans la pneumonie, constitue un moyen très débilitant, favorisant, d'une manière toute particulière, le passage de la maladie à l'état chronique, et surtout dangereux chez les enfants, par les complications si fréquentes, chez eux, de phlegmasies gastro-intestinales. C'est surtout dans les pneumonies subaiguës ou chroniques que conviennent les révulsifs, les expectorants, les excitants légers, les remèdes aptes à opérer, vers d'autres points de l'économie, une diversion avantageuse, ou à modifier directement et d'une manière favorable l'irritation principale. C'est ainsi que l'on pourra espérer d'heureux résultats de l'application de vésicatoires sur les membres ou sur quelque partie du tronc, de celle de cautères sur les parois thoraciques; que l'on prescrira avantageusement les décoctions de polygala, de serpentaire de Virginie; les eaux de Bonne, de Baréges, celles d'En-

---

(1) Dans les premières périodes de la pneumonie, chez les enfants, M. Baron a toujours donné la préférence anx émissions sanguines, et il n'a jamais employé, à cette époque de la maladie, l'émétique à dose rasorienne; plus tard, il a même peu usé de cette médication, et il avoue que, lorsqu'il y a eu recours, il n'a pas eu continuellement à s'en louer.

ghien, administrées pures ou coupées avec le lait; les loochs, les potions béchiques avec addition de scille, de kermès minéral, d'ipécacuanha, etc.

Dans les cas de gangrène du poumon, le quinquina se trouve indiqué, et quoique sans beaucoup d'espoir, vu la gravité du cas.

La pneumonie compliquée exige un double traitement, et, bien que l'on soit parfois obligé de négliger l'une des affections concomitantes pour s'occuper plus particulièrement de celle qui offre le plus de gravité, il faut n'en délaisser absolument aucune, car cet aphorisme mal interprété, *que de deux maladies simultanément existantes, l'une plus intense emporte toujours l'autre*, serait d'une application fausse et dangereuse dans la médecine des enfants; les complications sont, en effet, très communes à cet âge et d'autant plus graves, que les phénomènes qui en sont les manifestations extérieures pâlissent ou s'effacent en raison directe du nombre de celles-ci, et sans que les progrès d'aucune s'en trouvent ralentis.

Les soins et les précautions que l'on peut conseiller, en traitant de la prophylaxie de la pneumonie, consistent à ne pas tenir les enfants trop chaudement, à éviter de les exposer à l'humidité et aux courants d'air, surtout après les avoir renfermés à tort dans des appartements trop échauffés; enfin, à placer un exutoire au bras de ceux qui sont sujets à s'enrhumer.

De la Pleurésie.

« La pleurésie, dit Billard (1), est beaucoup plus commune qu'on ne pourrait le croire chez les nouveau-nés; elle se développe souvent sans que le poumon participe à son inflammation. » Enfin, selon ce médecin, plusieurs enfants ont succombé sous ses yeux à cette maladie et presque en naissant.

La pleurésie, au moins la pleurésie *simple*, est plus rare chez les enfants plus âgés; elle est comparativement, en effet, beaucoup moins fréquente chez eux que la pneumonie et que la pleuropneumonie (obs. 56, 58, 64, 65, 68, 70, 72); car la phlegmasie de la plèvre s'unit le plus souvent alors à celle du poumon. La toux et l'existence presque immanquable d'un ou de plusieurs râles témoignent, du reste encore, dans les cas rares de pleurésies *simples*, de la présence d'une irritation concomitante, d'une irritation plus ou moins intense, directement ou sympathiquement établie du côté des bronches (2).

Chez les enfants, la pleurésie est plutôt sub-

(1) Ouvrage cité.

(2) Selon M. Baron, la pleurésie isolée est peu commune et difficile à reconnaître chez les enfants, tandis que les complications de cette maladie, et notamment avec la pneumonie, ne sont pas rares chez eux.

aiguë et elle est aussi quelquefois chronique. Son invasion et sa marche sont fréquemment latentes; et il est rare enfin que l'auscultation soit de quelque secours pour le diagnostic de cette maladie, aux environs de la première enfance. Les criailleries des jeunes malades, leur indocilité et également ici la difficulté de les faire parler à volonté, la résonnance naturelle de la voix, très grande chez eux, son timbre naturellement aigre, son chevrotement, pour ainsi dire, normal pendant les accès fréquents de leur mauvaise humeur, rendent, en ces circonstances, l'*égophonie* un phénomène rare tout à la fois et difficile à bien reconnaître. La douleur de côté, cause de trémoussements et de cris continuels chez les jeunes enfants, n'est nullement distinctement accusée et exprimée par eux quand elle a lieu. Mais cette douleur même existe véritablement bien moins fréquemment, en général, dans l'enfance qu'aux âges suivants (1). Quand il y a empyème, le côté correspondant du thorax est *mat*, ou moins sonore que l'autre, et la gêne de la respiration très grande, surtout quand l'épanchement pleurétique est double; ce qui, pour le remarquer en passant, est beaucoup plus rare. En résumé, quand il n'y a que peu ou point d'épanchement, le diagnostic est très obscur. Quand l'épanchement est ancien et considérable, ainsi que les choses se passent chez l'adulte et le vieillard,

(1) C'est aussi l'opinion de M. Baron; nous l'avons déjà citée.

le poumon est refoulé vers la colonne vertébrale, il est atrophié, il y a dilatation du côté malade, etc., etc.... La *succussion* de la poitrine peut alors, parfois, faire percevoir le bruit occasioné par le choc du flot du liquide épanché: s'il y a en même temps réunion d'air et d'un liquide, le *tintement métallique* pourra être entendu, etc.; mais, nous le répétons, tous ces signes sont subordonnés à tout ce que nous avons exposé précédemment et à des conditions qui sont loin de se trouver toujours réunies.

Il y a des pleurésies qui sont chroniques dès le début; il y a alors pas ou peu de fièvre, et l'épanchement se fait sourdement.

La pleurodynie est, il est vrai, sans fièvre; mais chez elle l'endolorissement du côté augmente par la pression. Cette affection devrait être très obscure vers les premières époques de la vie. Elle est, du reste, très rare dans l'enfance.

Les pleurésies peuvent néanmoins être très apparentes chez les enfants (obs. 56); mais c'est encore là plutôt l'exception que la règle(1). Ces affec-

(1) Voici ce que pense M. Baron au sujet du diagnostic de la pleurésie, chez les enfants : Il est difficile de reconnaître cette affection chez les jeunes sujets, parce qu'on ne peut, chez eux, ausculter la voix à volonté, et qu'ils n'annoncent pas de point de côté ; cependant, en réitérant fréquemment l'exploration, on peut parvenir à saisir les caractères particuliers de la voix, et, en tenant, d'ailleurs, compte de la dyspnée plus grande, de la plus grande fréquence du pouls, etc., on peut arriver à quelque solution.

tions sont, en définitif, d'autant plus souvent simples et bien caractérisées, que l'enfant est plus avancé en âge, se rapproche davantage de la puberté (cette assertion ne concernerait pas les nouveau-nés, au sujet desquels s'est prononcé différemment l'auteur que nous avons cité en tête de cet article).

Les pleurésies *latentes* sont, en général, d'autant plus graves qu'elles sont insidieuses : la gêne de la respiration est très faible, il n'y a que peu ou point de toux; d'autres maladies, d'ailleurs, occupent fréquemment l'attention, et tout à coup l'épanchement qu'on n'a pas sonpçonné se trouve opéré.

Après ce que nous avons dit sur l'obscurité de ces maladies, on conviendra que le diagnostic a assez à s'occuper pour les découvrir, sans avoir encore à s'inquiéter des distinctions savantes de pleurésies *costales, pulmonaires, diaphragmatiques*, etc., etc. Ces différences de siége ne sont guère reconnaissables en effet, du moins chez les enfants, que sur le cadavre, et la description des modifications symptomatiques qui s'y rapportent ne serait qu'une sorte de luxe nosographique.

L'état bilieux, ce que l'on appelle tel, est déjà très rare chez les enfants; il en est donc d'autant plus ainsi relativement à la pleurésie *bilieuse* de Stoll.

L'épanchement est purulent, séro-purulent, verdâtre, jaunâtre, blanchâtre, floconneux, séro-sanieux, séreux, etc. Les premiers de ces caractères physiques appartiennent plutôt à l'état aigu.

On trouve, en outre, des exsudations plastiques sur les plèvres pulmonaires ou pariétales, des flocons, des adhérences, des cloisons, quelquefois de nombreuses granulations; mais ces derniers caractères anatomiques se rencontrent particulièrement dans les pleurésies anciennes et chroniques. Les pseudo-membranes et adhérences sont molles et faciles à rompre après une maladie courte et récente; elles présentent des dispositions tout à fait opposées dans les cas contraires.

A peu de chose près, le traitement qui convient, dans les premiers temps de la pneumonie, est aussi celui que réclame, vers son début, la pleurésie : il faut peut-être seulement, autant que possible, agir un peu plus localement encore dans la pleurésie; appliquer, sur les parties du thorax les plus voisines des points malades, des points pleurétiques, des sangsues et des ventouses scarifiées; insister plus tard sur l'emploi de vésicatoires plus ou moins larges, suivant les circonstances, et placés à proximité des surfaces internes affectées.

Quand, également, la fièvre a cédé, on prescrit avec avantage les laxatifs (si l'état du ventre le permet), et même quelques révulsifs et dérivatifs, qui portent leur action, soit vers la surface intestinale, soit vers la peau, soit du côté des reins. Comme diurétiques, on prescrira la scille, la digitale, le nitre, l'uva-ursi, etc., etc. Quand l'épanchement est abondant et purulent, rarement est-il résorbé; si l'on ne se décide néanmoins, et suivant l'opportunité du cas, à la dangereuse et chanceuse opération de l'empyème, on ne négli-

gera ni l'emploi des cautères, ni celui des sétons appliqués sur le côté malade, ni celui enfin des frictions mercurielles, etc....; moyens vantés surtout dans la pleurésie chronique.

Pour de plus amples et plus minutieux détails thérapeutiques, nous renvoyons à ce qui a été dit au sujet de la pneumonie.

Nos publications sur la pneumonie des enfants datent, ainsi que nous l'avons dit, des commencements de 1828 et 1834. Les modifications que, depuis ces époques, nous avons fait subir à ce travail monographique, ne portent guère que sur la rédaction ou sur quelques propositions que nous avons développées davantage, dans un but de clarté, et tout en conservant le sens et l'esprit du texte. Depuis lors aussi, ont paru, sur le même sujet, quelques monographies et articles de journaux, et leurs auteurs, qui, selon toute apparence, n'avaient pas eu connaissance de ce que nous avions antérieurement fait imprimer, se rencontrent avec nous sur plusieurs points. Nous ne nous félicitons pas moins de ce hasard, puisqu'il nous prête un nouvel appui et tend à confirmer plusieurs des opinions déjà généralement étayées par nous, soit par des faits, soit par des noms qui font autorité. Quant aux dissidences que nous avons cru remarquer entre ces divers écrits et les nôtres, nous nous y attacherons d'autant moins, qu'elles

nous ont paru peu nombreuses, quelques unes peu importantes, et qu'il nous a semblé que, sur les sujets contestés, l'accord entre nos adversaires n'était même pas unanime. Ainsi, les uns regardent les résultats obtenus par l'auscultation et la percussion comme toujours certains, toujours positifs, tandis que les autres, à cet égard, se rapprochent de notre avis; il en est encore de même, mais avec alternative différente, à propos de l'opportunité des saignées locales, ou de la préférence à accorder à la phlébotomie, etc.

En résumé, donc, et malgré assertion contraire, nous croyons, et parce que les faits nous l'ont démontré, que la pleuropneumonie est assez fréquente chez les enfants : nous croyons que le pronostic de la pneumonie est particulièrement très grave chez eux, soit par le fait seul de cette maladie, soit par les conséquences qu'elle peut entraîner; notamment par cette considération qu'elle hâte, favorise ou peut même déterminer le développement de tubercules pulmonaires (ce que nous croyons aussi malgré avis contradictoire). Nous pensons que le pronostic de la pneumonie partielle, ou lobulaire, est grave encore, à cause de la possibilité de la terminaison de cette phlegmasie par abcès (possibilité de terminaison bien évidente et bien réelle également à nos yeux, quoiqu'elle ait été passée sous silence, ou touchée très légèrement dans les mémoires ou monographies en question).

Enfin, nous ne goûtons pas non plus la distinction de pneumonie lobulaire *passive*, basée sur la coloration spéciale et l'état de flaccidité des lésions

anatomiques. Dans ces circonstances, en effet, les symptômes ne présentent rien de régulièrement particulier; ils sont, en général, les mêmes, ils sont, également, *actifs;* et si certaines portions du tissu pulmonaire apparaissent, à l'autopsie, d'un rouge foncé ou violet, et si elles sont mollasses, flasques, elles sont en même temps denses, serrées, résistantes, et ne se déchirent pas sous la pression du doigt comme le tissu du poumon passivement ou cadavériquement engoué, etc.; elles offrent, en un mot, les caractères assignés à ce que l'on a depuis long-temps appelé, à tort ou à raison, *splénisation :* genre d'altération organique qui n'est pas classé parmi les lésions hyposthéniques.

Puis, en définitif, malgré les préventions défavorables soulevées à l'égard des saignées locales et des vésicatoires apposés sur les parois de la poitrine, nous n'en maintenons pas moins ce qu'au contraire, nous avons dit sur les bons effets de cette médication, dirigée avec convenance et opportunité : nous le maintenons malgré la récente proscription lancée, particulièrement contre ce dernier moyen, par M. le docteur Louis; nous le maintenons enfin, parce que nous avons maintes fois vu ces mêmes moyens réussir, soit en d'autres mains, soit dans les nôtres.

CHAPITRE V.

Des Bronchites.

L'inflammation de la membrane muqueuse des bronches est désignée, dans la plupart des traités des maladies des enfants, sous les noms de catarrhe pulmonaire et de toux catarrhale. On lui donne presque généralement aujourd'hui le nom de *bronchite*. A cette dénomination, Laennec préfère la précédente, celle de catarrhe, comme s'appliquant mieux et indistinctement aux phlegmasies, aux simples congestions et aux flux muqueux purement passifs. Mais bien que l'origine, franchement inflammatoire, de certains accroissements de sécrétion muqueuse puisse être contestable, il est, au moins, difficile de les concevoir s'effectuant d'une manière hyposthénique, et de refuser d'admettre un état de surexcitation comme mobile de ce surcroît d'activité fonctionnelle. D'autre part, il est constant que des phlegmasies des bronches peuvent avoir lieu, sans coïncidence d'augmentation, dans l'excrétion du mucus bronchique. L'auteur lui-même, qui vient d'être cité, admet et décrit un catarrhe sec accompagné d'une expectoration nulle ou presque nulle, et avoue qu'il y a, dans ce cas,

contradiction à se servir du mot catarrhe, puisque cette expression indique un écoulement...... Il ne peut donc, en définitif, y avoir que désavantage à revenir à l'ancienne et vicieuse dénomination.

Parmi les idées émises sur ce genre d'affection par les principaux auteurs qui ont écrit sur les maladies des enfants, on trouve dans Nils Rosen, au chapitre XVIII, intitulé *de la Toux*: « Que les enfants sont sujets à une toux stomacale et catarrhale; que la première provient de l'irritation des nerfs de l'estomac transmise à ceux de la poitrine; que la seconde est occasionée par l'irritation directe des nerfs de la trachée. Cette irritation reconnaîtrait pour cause l'impression du froid qui, en resserrant les orifices des pores et des glandes qui lâchent ordinairement une humeur muqueuse destinée à lubrifier le canal et à garantir le tissu nerveux, arrêterait ou modifierait cette sécrétion, la rendrait aigre, séreuse, etc. Cette impression semblerait agir encore, suivant le même auteur, en suspendant la perspiration pulmonaire. La cause stomacale qui irrite médiatement les nerfs de la trachée ou de la poitrine, et occasione la *toux*, prend sa source dans les mauvaises digestions qui laissent différentes sortes de crudités, lesquelles, restant long-temps dans le ventricule, deviennent acrimonieuses et irritent les nerfs de ce viscère, etc.» Il ajoute ensuite : « Ce que l'on rend en toussant est d'abord délayé : tant que cela dure, la toux ne cesse pas, quelque considérable que soit l'expectoration. Dès que les crachats deviennent jaunes et épais, la maladie cesse bientôt. La toux n'est

pas très dangereuse en elle-même ; mais, si on la néglige et qu'elle traîne en longueur, la matière devient encore plus acrimonieuse, la gorge s'enflamme, les poumons s'entreprennent, et la pulmonie peut en être la conséquence. Si la toux est violente, il en résultera peut-être un crachement de sang, outre les autres mauvais symptômes : il faut le prévenir par la saignée, dès qu'on le craint ; mais on ne voit cela que rarement chez les enfants, leurs fibres souples prêtent long-temps avant de se déchirer. »

Le reste du traitement consiste dans une série de moyens administrés d'une façon méthodique. Ainsi, le matin, on donnera des laxatifs doux. L'après-midi, on fera prendre des adoucissants, et chaque jour, au soir, on prescrira un calmant, *jusqu'à ce que la matière paraisse cuite et assez épaisse*. Ce calmant se compose d'opium, d'ipécacuanha et de sucre.... A tout cela, il faut joindre la précaution de tenir le sujet à la chambre et même au lit, en lui *frottant les pieds avec du suif de bouc*, d'ordonner une boisson copieuse, des aliments légers et fluides, l'abstinence de tout acide et de toute chose salée.

Nous ne parlerons pas ici de l'*enrouement* et de la *toux titillatoire* ou *gutturale* de Rosen, lesquels ont leur siége au haut de la trachée, paraissent provenir de la même cause que les toux précédentes, et céder à un spécifique composé presque exclusivement de gingembre. Nous ne ferons de même qu'indiquer une toux qui, toujours suivant le même auteur, *vient de gale répercutée, qui est d'au-*

tant plus dangereuse que l'humeur psorique produit sur les poumons les mêmes effets que sur la peau, et peut causer la phthisie et même la mort si le sujet n'est pas secouru à temps. Dans ce cas, toute la science du médecin paraît devoir tendre à rappeler l'éruption cutanée.

Pour toute description des maladies inflammatoires des bronches, du poumon et des plèvres, on ne trouve dans Underwood qu'un chapitre pareillement intitulé *de la Toux*, érigée aussi, par cet auteur, en entité morbide. Il dit, sans mieux le préciser, « que le siége des toux catarrhales est dans la poitrine, que ces toux sont même assez souvent accompagnées de fièvre inflammatoire chez les enfants, surtout de la fin de l'hiver à l'entrée du printemps; qu'en hiver elles sont plutôt accompagnées de grand mal de tête, surtout dans les temps sombres, froids et humides; que celles du passage de l'hiver au printemps cèdent plus aisément, quoique d'abord plus sérieuses; que le pouls doit peu régler la conduite du médecin dans ces maladies, car la moindre circonstance le fait changer : aussi est-ce un symptôme généralement fort incertain à cet âge; enfin, que l'état des yeux et de la respiration donne plus d'éclaircissement.» Il conseille ensuite les bains chauds, et insiste pour que l'on s'occupe d'abord de la fièvre s'il y en a. « Car, ajoute-t-il, la fièvre la moins forte, avec une toux, trouble le travail de la nature, d'abord par les matériaux viciés que celle-ci doit employer, et ensuite par les secousses réitérées qui déforment insensiblement l'organisation, et font, du corps le

plus droit auparavant, un assemblage irrégulier et hideux même lorsqu'on le considère à nu : or ces altérations sont souvent l'ouvrage de très peu de temps. »

Tout ceci, tout ce qui précède, tout ce qu'ont écrit sur pareil sujet les deux célèbres auteurs qui viennent d'être cités, est au moins bien vague, bien obscur et empreint d'humorisme, de théories nerveuses, mécaniques, de dogmatisme et surtout d'empirisme. A peine s'il est quelques uns de leurs préceptes théoriques et pratiques qui puissent, aujourd'hui, soutenir un sérieux examen. Dans ces quelques mots de Rosen, où il est question du retentissement vers la poitrine, de l'irritation des nerfs de l'estomac, on peut à peine reconnaître un faible aperçu des sympathies morbides de ce viscère, auxquelles a été donné, de nos jours, un bien autre développement. Les propositions relatives à la gale répercutée, à un principe psorique considéré comme cause générale de maladie, sont désespérantes d'incertitude; de pareilles idées ont, néanmoins, été exploitées plus en grand encore par les homéopathes. Ce qu'Underwood avance sur l'état du pouls, sur le peu d'utilité qu'il y a à la consulter chez les enfants, est tout à fait contraire à l'observation journalière et à la conviction commune : il n'en est pas de même des données fournies par l'état de la respiration; elles sont, en effet, précieuses pour le diagnostic. Mais, quant aux prétendus éclaircissements fournis par l'état des yeux, ils semblent, au moins, très incertains, et ce qui est dit à cet égard, par notre auteur, ne peut guère être

considéré comme un aperçu de la séméiologie physiognomonique que l'on voit poindre au facies décrit par Hippocrate, et qui, depuis les recherches de M. Jadelot et celles de M. Bourdon, semble avoir atteint son apogée.

La *Médecine maternelle* d'Alphonse Leroy n'a jamais eu la réputation des ouvrages dont nous venons de parler; du reste, dans ce livre, même retour vers les vieilles doctrines. C'est la pituite des anciens, sécrétée par les membranes du cerveau, qui se répartit dans toute l'économie et paraît être la cause de la plupart des maladies et, en particulier, des affections de la poitrine. C'est, conséquemment, vers la tête qu'il faut porter son attention première quand on veut fortifier la poitrine des enfants; car il est d'observation que ceux qui deviennent phthisiques (toujours selon l'ancien professeur d'accouchement) ont commencé, dans leur enfance, par avoir des rhumes de cerveau très fréquents, parce que les membranes de la tête, naturellement faibles et sécrétant la pituite, font, en raison de leur faiblesse, une sécrétion trop grande de sérosité saline. Or, le moyen par excellence, suivant Alphonse Leroy, de fortifier la poitrine des enfants est de fortifier leur tête! et veut-on savoir comment il faut s'y prendre pour atteindre un résultat si favorable? on doit leur appliquer, de temps en temps, un petit bandeau sur le front, bandeau enduit d'un corps gras aromatique; ensuite on met sur la tête un peu d'huile chaude, on l'essuie et on porte de la chaleur au

moyen de farines chaudes arrosées d'un peu d'eau spiritueuse !

Il est, en outre, expressément recommandé, après avoir porté ses vues vers la tête pour fortifier la poitrine, de diriger ses soins vers cette dernière pour agrandir sa cavité, et l'on doit recourir aux mêmes moyens pour lui procurer un plus grand développement. On ne trouverait certes pas de meilleures recettes dans le *Trésor d'Évonyme Philiatre*. De telles rapsodies n'ont besoin que d'être exposées pour être définitivement jugées et estimées à leur juste valeur.

M. Gardien, dans la partie de son ouvrage consacrée aux maladies des enfants, admet aussi, chez les très jeunes enfants, une toux stomacale qui dépendrait de la surcharge de l'estomac, et il en décrit une seconde qu'il fait dériver de l'atonie et qu'il attribue à un empâtement muqueux des voies aériennes : la sérosité, la lymphe qui abreuvent les poumons, qui engouent les bronches, les irritent et produisent la toux, qui n'est qu'un symptôme. Après ces deux sortes de toux viennent diverses espèces de catarrhes. M. Gardien donne aussi cette dénomination à la phlegmasie de la membrane muqueuse des voies aériennes; mais, comme il pense que cette phlegmasie s'étend communément depuis les narines, la gorge, jusqu'aux dernières ramifications des bronches, et que, d'ailleurs, quelle que soit la partie qui soit atteinte, la nature et les causes du catarrhe restent les mêmes; délaissant les distinctions de coryza, d'enrouement

comme peu importantes dans la pratique, M. Gardien paraît trouver plus simple de désigner en bloc toutes ces phlegmasies sous le nom de fièvre catarrhale. Cependant les symptômes du coryza ne sont pas les mêmes que ceux de l'angine, et les signes de la bronchite ne sont pas ceux des deux précédentes affections. Ce que ces maladies ont de commun entre elles, quand elles sont assez intenses pour la provoquer, c'est la réaction générale, qui peut servir, il est vrai, à la déduction clinique de quelques indications, mais non de toutes, et qui, d'ailleurs, appartient aussi à la plupart des maladies aiguës. L'importance thérapeutique bien avérée des localisations, en mettant hors de doute l'utilité des distinctions symptomatiques, démontre assez les inconvénients des trop grandes généralisations (1). Après la description de la fièvre catarrhale comprenant le coryza, l'angine, la bronchite, ou pouvant être constituée par l'une de ces affections, M. Gardien trace l'histoire d'un catarrhe pulmonaire que l'on peut confondre, dit-il, avec la toux des enfants qui font des dents, et avec le rhume. Mais, au sujet de la marche du catarrhe pulmonaire, il est expliqué, fort à propos, qu'il est le plus souvent impossible de distinguer, au moment de l'invasion,

---

(1) Ces diverses affections marchent souvent compliquées entre elles, ainsi qu'il en est, surtout dans certaines circonstances épidémiques (comme dans la maladie désignée sous le nom de *grippe*) ; mais bien plus souvent encore se présentent-elles d'une manière isolée.

la phlegmasie de la membrane muqueuse des bronches de la fièvre catarrhale simple, produite par la phlegmasie d'une portion de la membrane muqueuse située moins profondément, et que l'on désigne plus particulièrement sous le nom de rhume. S'il y a de l'inconvénient à confondre sous une même dénomination des maladies qui diffèrent entre elles, sinon par leur nature, du moins par leur symptomatologie et leur traitement, il n'est pas moins inopportun de tendre à diversifier une même affection en opposant des noms variés à ses seuls et différents degrés, soit en étendue, soit en intensité. M. Gardien substitue encore le nom de catarrhe suffocant aux désignations précédentes, quand advient l'incident de la suffocation. Et cependant, ce médecin reconnaît (ainsi que le prouvent d'ailleurs les observations de Morgagni, de Lieutaud, de Pinel) que la cause de ce manque de respiration est l'obturation insolite de la plupart des canaux aériens par de l'humeur muqueuse plus ou moins épaisse, et reconnaît, par conséquent, que la suffocation est purement accidentelle. Mais ce n'est pas tout : outre la distinction de catarrhe suffocant primitif, qui dépend de la faiblesse des poumons, et de catarrhe suffocant secondaire, qui est le dernier état d'une autre maladie de la poitrine et plus particulièrement du catarrhe pulmonaire, M. Gardien croit qu'il serait encore important d'admettre deux espèces de ces sortes de maladies, suivant la nature de l'humeur qui détermine la suffocation en interceptant le passage de l'air. Ainsi, il y aurait donc aussi un catarrhe suffocant

sanguin, car il est dit que l'engorgement des bronches peut être produit par des mucosités ou un afflux de sang. Ce *catarrhe suffocant sanguin, qu'on peut reconnaître à l'inspection du visage, qui est fortement coloré, est, pour le poumon, ce que l'apoplexie sanguine est pour le cerveau.* Cette distinction n'est évidemment appliquée qu'à un accident hémorrhagique qui n'est point sous la dépendance exclusive de la bronchite; c'est la maladie désignée par Laennec sous le nom d'*apoplexie pulmonaire.* Son signe principal, pendant la vie, est une hémoptysie abondante, et le caractère anatomique qui la distingue est l'engorgement hémoptoïque; et, bien que Laennec déclare qu'il était inconnu avant lui, il avoue néanmoins qu'un cas très remarquable de cette espèce a été relaté par Haller et un autre par Corvisart.

Du reste, cette complication, cet accident hypérémique, est très rare chez les enfants; M. Gardien est aussi parfaitement de cet avis. Mais il n'en est pas moins vrai que cet auteur connaissait, dès 1807, date de la première édition de son ouvrage, la maladie qui peut résulter d'un raptus subit du sang vers les poumons (1); qu'il connaissait même la désignation d'apoplexie pulmonaire à laquelle il préfère celle de catarrhe suffocant san-

(1) L'apoplexie pulmonaire est, du reste, très rare chez les enfants. On en trouve un exemple dans la *Gazette médicale* du 30 août 1834, clinique de M. Guersent; mais le sujet, il est vrai, était âgé de treize ans.

guin ; qu'il connaissait enfin les lésions cadavériques qui s'y rapportent, puisqu'il cite celles rencontrées par Morgagni, Wepferus et Bonnet.

Selon M. Gardien, quand le catarrhe pulmonaire se prolonge au delà du deuxième au troisième septenaire, il se termine par chronicité, et il considère cet état chronique comme très grave, non qu'il pense, avec Cullen, que des catarrhes prolongés et souvent répétés puissent engendrer des tubercules dans les poumons, mais parce qu'à son avis le catarrhe pulmonaire, devenu chronique, peut amener la phthisie catarrhale, qui comprend la phthisie laryngée trachéale et bronchique, et qui, enfin, est caractérisée par la fièvre lente, sans lésion de la substance pulmonaire, mais par une affection de la membrane muqueuse des bronches consistant dans une simple altération de ses propriétés vitales, ou dans une ulcération que l'analogie porterait à admettre, quoiqu'elle ne fût pas encore prouvée par l'autopsie cadavérique.

Dans sa troisième édition publiée en 1824, M. Gardien a senti la nécessité de séparer l'angine de la fièvre catarrhale : peut-être par des motifs analogues aurait-il dû ne pas continuer à réunir les phthisies trachéale, bronchique et laryngée. Cette dernière est extraordinairement rare chez les enfants ; les autres appartiennent véritablement à cette forme connue de la phlegmasie chronique des bronches, caractérisée par le dépérissement, l'expectoration mucoso-purulente, la fièvre hectique, et dans laquelle M. Gardien accuse une

prétendue lésion très peu claire et précisée des propriétés vitales. Les ulcérations de la membrane muqueuse des bronches sont, d'ailleurs, choses reconnues; la possibilité de leur rencontre, dans ces cas, est hors de doute, sans que leur constance soit absolue.

La péripneumonie et la fièvre adynamique sont les complications dont parle M. Gardien; les symptômes de cette prétendue fièvre ne seraient, pour beaucoup, que les manifestations de l'irritation directe ou indirecte des centres nerveux.

Les boissons stimulantes et diaphorétiques, les expectorants, les vomitifs, les révulsifs cutanés sont recommandés par M. Gardien, et à peine dans sa thérapeutique et parmi le luxe des moyens précédents, est-il question d'antiphlogistiques plus réels, plus directs, plus énergiques et mieux appropriés aux états épisthéniques. Ainsi la saignée générale est à peu près proscrite, et à propos des évacuations sanguines locales il est seulement dit que quelques sangsues pourront être appliquées avec moins d'inconvénients sur les parties latérales du thorax ou aux aisselles. La phlébotomie, cependant, est indiquée par notre auteur dans la péripneumonie *catarrhale*, et les ventouses scarifiées sont réservées pour les menaces de suffocation.

M. Capuron s'exprime ainsi au chapitre X de son *Traité sur les maladies des enfants*, publié en 1813 : « Si l'on veut avoir un modèle complet d'obscurité et de divagation en fait de méde-

cine, qu'on lise ce qui a été écrit au sujet de la toux des enfants. N'est-ce pas d'abord une grande erreur, ou du moins une violation des règles qui servent de base à la nosologie, que de regarder comme une maladie ce qui ne peut être qu'un symptôme? En second lieu, n'est-ce pas tomber dans le vague que de ranger, parmi les causes d'une maladie quelconque, les différentes affections qu'elle accompagne ou qu'elle suit? Or, c'est là précisément ce que l'on fait à l'égard de la toux. On commence par la considérer comme une maladie propre, tandis qu'elle suppose elle-même quelques dérangements idiopathiques ou sympathiques dans les organes qui servent à la respiration. Ensuite on en établit autant d'espèces ou de variétés qu'il y a de ces dérangements. Or, ces différentes espèces de toux, que sont-elles autre chose que des symptômes qui indiquent des lésions primitives ou secondaires, idiopathiques ou sympathiques du poumon ou de ses annexes?.... »

On a lieu ensuite d'être étonné de voir annoncer plus loin, dans le même ouvrage, que la *toux vermineuse* guérit au moyen des anthelminthiques. La toux vermineuse (et c'est presque répéter ce qui précède) n'est pas, en effet, une maladie spéciale : directement ou sympathiquement provoquée et établie, la bronchite n'en commande pas moins (et nonobstant même l'expulsion des vers) l'emploi de moyens ordinaires que l'on oppose généralement à cette maladie. La phlegmasie des voies aériennes, que détermine, par exemple, l'impres-

sion irritante du froid, n'en continue pas moins ordinairement de suivre son cours, bien que ce modificateur ait cessé d'agir : l'extension illimitée et trop absolue de l'axiome, *sublatâ causâ, tollitur effectus*, conduirait à l'erreur.

M. Capuron semble aussi confondre l'effet avec la cause, quand il dit que les enfants ont souvent les voies aériennes remplies de mucosités qui les irritent et déterminent des quintes de toux plus ou moins fréquentes. Cette accumulation de mucus bronchique, avec tout ce qui s'y rapporte, est très réelle sans doute ; mais le premier mobile de ces phénomènes est l'irritation, et c'est la suractivité fonctionnelle des sécrétoires qu'il faut, au moins, d'abord, accuser.

C'est sous le nom de catarrhe pulmonaire que se trouve décrite l'inflammation franche de la muqueuse des bronches, qui est partagée en légère et en intense, réclamant, dans ce dernier cas, avec les boissons adoucissantes, quelquefois la saignée, quand l'enfant est menacé de suffocation.

Au sujet de l'absence de l'expectoration que l'auteur considère comme très commune et en même temps très redoutable, il est à remarquer que les enfants crachent rarement, mais avalent leurs crachats ; qu'il n'y a donc pas chez eux, la plupart du temps, manque d'expectoration, mais seulement défaut d'expuition. L'accumulation et la stagnation des mucosités dans les bronches sont certainement possibles, et leurs conséquences menaçantes et parfois funestes ; les

faits, à cet égard, ont parlé; mais M. Capuron s'est, sans doute, exagéré la gravité et la fréquence de ces accidents, quand il croit pouvoir, à l'aide de ces deux *éventualités*, édifier un catarrhe suffocant, d'espèce distincte, se rencontrant chez les enfants faibles (fréquemment, puisqu'il considère l'absence de l'expectoration comme très commune et très redoutable), et se révélant par une irruption subite de mucosités et une occlusion mécanique des tuyaux aérifères. La faiblesse dont il est d'ailleurs parlé porterait à croire que notre auteur ne serait pas éloigné d'admettre un afflux passif de mucus bronchique, d'autant plus que les expectorants et les dérivatifs sont presque exclusivement alors recommandés; tandis qu'auparavant, dans le catarrhe avec grande dyspnée, on devait avoir recours à la saignée. Du reste, en telle occurrence, guidé seulement par l'orthopnée, et privé, d'ailleurs, de l'auscultation, comme cela était en 1813, époque où fut écrit l'ouvrage que nous tenons, on pourrait être embarrassé sur le choix des moyens à employer; on le serait, en effet, parce qu'au lieu de baser les indications sur des symptômes généraux et locaux, etc., on les déduirait de circonstances accidentelles identiques, et dans lesquelles des moyens très différents se trouvent proposés, bien que ne pouvant également et indifféremment convenir.

Mais poursuivons l'histoire de la maladie qui nous occupe.

On a distingué plusieurs espèces de bronchites;

ainsi on a décrit un catarrhe sec, un catarrhe humide, un catarrhe muqueux, pituiteux, un catarrhe suffocant (1), etc., etc.

Il est, certes, utile de prévoir, de signaler tel symptôme prédominant, tel accident accompli ou imminent; mais il y a loin de là à la nécessité de l'individualiser, de le transformer, par abstraction, en une maladie distincte. Quand, dans le cours d'une seule et même bronchite, on observerait (ce qui, du reste, ne serait pas extraordinaire) successivement absence et surcroît d'exhalation muqueuse, dyspnée, suffocation imminente, plénitude et facilité dans l'expansion pulmonaire, etc., pourrait-on sérieusement prétendre que l'on a eu en présence autant d'affections diverses que l'on a remarqué de variétés ou de modifications dans les phénomènes morbides?

Le croup et la coqueluche, classés parmi les variétés de la bronchite, ont offert assez d'importance pour en être néanmoins différenciés et pour donner lieu à de nombreuses monographies : c'est un motif pour nous en tenir à ce qui a été dit à leur égard, en traitant des généralités relatives aux maladies des enfants, soit au chapitre VII.

Les distinctions de bronchites en simples et

---

(1) M. Baron ne regarde pareillement le catarrhe appelé suffocant que comme une bronchite intense, avec occlusion des bronches par des mucosités; il pense, en outre, que cette affection se complique souvent de pneumonie, et que l'inflammation se propage fréquemment au larynx.

compliquées doivent d'autant plus être admises, que les complications qui apportent, en général, de notables changements dans la forme, le cours, les terminaisons et le traitement des maladies, sont particulièrement fréquentes dans le jeune âge et fréquentes dans l'affection que nous décrivons. Rien de plus commun, en effet, que d'observer la réunion de la bronchite avec le coryza, avec l'angine (fièvre catarrhale de quelques auteurs), de l'observer avec la variole, la rougeole, la scarlatine; rien de plus commun, pendant sa durée, que les affections concomitantes et intercurrentes du ventre, de la tête et de la poitrine. Les bronchites subaiguës et chroniques, ainsi que la péripneumonie et la phthisie, s'accompagnent fréquemment, vers leurs terminaisons, de diarrhées qui hâtent le dépérissement général et l'émaciation. C'est par la membrane muqueuse des bronches que commencent presque toutes les inflammations partielles du poumon (1), si fréquentes et si funestes chez les enfants; et cette considération augmente la gravité de la bronchite qui accompagne presque indispensablement les fièvres éruptives. La bronchite intercurrente est celle à laquelle on peut plus spécialement appliquer l'épithète de latente, surtout quand elle survient pendant le cours d'une maladie assez sérieuse pour ap-

---

(1) M. Baron pense aussi que, particulièrement chez les enfants, la bronchite précède et occasione fréquemment la péripneumonie.

peler à elle toute l'attention du médecin, pendant une méningo-encéphalite, par exemple. Les symptômes généraux et locaux de la bronchite compliquée peuvent se combiner et se confondre avec ceux des pneumonites et pleuropneumonites concomitantes; tandis que les phénomènes sympathiques de réaction générale s'allient seuls entre eux quand l'inflammation des bronches marche de concert avec toute autre maladie à intensité fébrile, mais étrangère aux voies aériennes.

C'est un mode de division peut-être minutieux, mais d'une importance pratique incontestable, que de distinguer la bronchite en légère (rhume), aiguë, subaiguë et chronique. A propos de cette dernière forme de la maladie, il est à remarquer que l'on ne rencontre, pour ainsi dire, pas chez les enfants ces sortes de flux muqueux, ces bronchites chroniques des adultes, et surtout des vieillards, avec expectoration porracée, jaune, flux mucoso-purulent. Cette espèce de bronchite est, du reste, le plus souvent apyrétique, ou du moins avec absence de pyrexie diurne, et elle simule, parfois, alors la phthisie. Entre elle et la bronchite subaiguë, il n'est, quelquefois, d'autre différence que celle qui résulte de la longueur du temps, de sa durée (1).

---

(1) Selon M. Baron, on observe également, chez les enfants, les bronchites aiguës, subaiguës ou chroniques; mais, chez eux, l'état chronique est bien moins fréquent que l'état aigu.

La toux est le symptôme prédominant ; elle est tout à fait caractéristique dans le croup et la coqueluche; elle est laryngée, gutturale dans la laryngite, la trachéite ; est profonde dans la bronchite capillaire, la pneumonie; claire, sonore, sèche dans la pleurésie ; enfin, grasse vers l'époque de la résolution des phlegmasies bronchiques et pulmonaires, ou de leur passage à l'état subaigu ou chronique.

L'action de tousser fait remonter jusque dans la bouche les mucosités bronchiques ; mais elles sont rejetées dans le pharynx et avalées par les jeunes enfants, de sorte qu'il y a bien véritablement chez eux expectoration, mais non (ou du moins très rarement) expuition : aussi est-il souvent impossible, avant l'âge de huit ou neuf ans, de s'assurer de la nature des crachats. Cependant, comme, par une espèce de compensation, les enfants en bas âge vomissent facilement, que les efforts de toux amènent fréquemment, chez eux, des vomituritions, on peut quelquefois, quand l'acte de la digestion n'en a pas altéré encore la nature, retrouver le mucus pectoral parmi les matières rejetées de l'estomac.

La toux, qu'elle soit plus ou moins rare, est le symptôme sur lequel on peut le plus compter dans la bronchite. La sensibilité exaltée de la membrane muqueuse des bronches est trop exquise pour que le contact des mucosités et les impressions atmosphériques ne déterminent, au moins, à quelques reprises, le besoin impérieux de la toux. Cependant Billard prétend, dans son ouvrage, que le

catarrhe bronchique, chez les jeunes enfants, n'a souvent d'autre symptôme que le râle muqueux, ou même la respiration bruyante. Nous avons rencontré des traces cadavériques évidentes de pneumonies, bien que ces phlegmasies aient été latentes et non accompagnées de toux pendant la vie; mais l'absence de ce symptôme peut, il est vrai, mieux se concevoir, dans ces circonstances, que dans les précédentes, par ces motifs : que, dans la pneumonie, les portions phlogosées sont totalement envahies et peuvent devenir snbitement imperméables à l'air, tandis que, dans l'inflammation de la surface interne des tuyaux bronchiques d'une certaine grosseur, rien n'interrompt, vers les points enflammés, le passage irritant de l'air et l'abord des mucosités.

La respiration peut être plus ou moins accélérée ou haletante dans la bronchite : la dyspnée peut être médiocre; il peut y avoir de l'orthopnée. L'augmentation, dans un temps donné, du nombre des mouvements respiratoires peut suivre l'accroissement semblable des pulsations de l'artère, et tendre ainsi à conserver le rapport physiologique d'un à trois ou quatre; mais l'accélération des mouvements du thorax peut aussi dépasser proportionnellement celle des battements artériels (obs. 12). Les grandes dyspnées sont particulières à certaines bronchites, à celles très étendues et qui occupent les dernières ramifications des bronches, ou plus particulièrement encore à celles qui s'associent à une déformation antécédente des parois de la poitrine (obs. 14, 14 *bis*, 53).

Les obstacles à l'hématose sont alors, pour ainsi dire, doubles, externes et internes, et quand, en outre, les ramuscules de l'arbre bronchique sont obstrués par des mucosités, rien d'étonnant que la suffocation soit imminente, car elle pourrait avoir lieu par le seul fait de cette obstruction. M. Andral a rapporté deux observations dans lesquelles du mucus concrété bouchait les dernières ramifications des bronches et avait produit la suffocation. M. Piorry s'est particulièrement appesanti, dans ces derniers temps, sur l'asphyxie produite par la supersécrétion du mucus bronchique. Ces accidents se rattachent aux phlegmasies des voies aériennes, dont ils sont une terminaison particulière, mais ne constituent pas d'états morbides spéciaux; et leur chiffre ne semble s'être accru que par la non-élimination de cas qui, tout bonnement, appartiennent au râle des agonisants, effet et non cause de l'extinction de la vie.

Du reste, les dyspnées sont loin d'être dans les attributs exclusifs de la bronchite. L'orthopnée est moins rare encore et non moins grande dans certaines maladies organiques du cœur, des gros vaisseaux, des poumons et des plèvres. M. Andral attribue à une congestion sanguine ou à une névrose les dyspnées mortelles et sans lésions cadavériques. Les troubles de l'innervation, les spasmes, les convulsions qui résultent de l'irritation directe ou sympathique des centres nerveux peuvent encore porter, jusqu'à l'asphyxie, l'entravement à l'hématose, à la respiration. Le ballonnement du ventre, et particulièrement le météo-

risme symptomatique de la péritonite, suspendent, enraient le jeu du diaphragme, et peuvent occasioner aussi une dyspnée considérable.

Les signes fournis par la percussion, quoique négatifs dans la bronchite, ne seraient pas moins d'une très grande utilité, s'ils n'étaient tels dans diverses autres affections des organes thorachiques. Quant à l'auscultation, à l'aide du stéthoscope ou plus simplement de l'oreille appliquée contre les parois de la poitrine, on perçoit divers râles, tels que le râle sibilant, le râle sonore, le râle muqueux; on les reconnaît réunis ou séparés, et il n'est pas même très rare d'entendre de la crépitation. C'est quand l'inflammation occupe les dernières ramifications des bronches (1) que se manifeste particulièrement ce dernier phénomène (obs. 12, 13, 14, 14 *bis* et 53). Il en résulte que le râle crépitant, dont l'existence a déjà été admise par Laennec dans l'apoplexie pulmonaire et dans l'œdème du poumon (quoiqu'il soit moins sec alors que dans la pneumonie au premier degré), est isolément incapable de donner, pendant la vie, l'idée précise de la modification pathologique que le scalpel pourra découvrir après la mort. La respiration n'est quelquefois que bruyante, courte et très fréquente, sans râle nettement caractérisé.

---

(1) M. Baron, sans avoir de données positives sur la fréquence relative des bronchites des troncs principaux et de celles qui ont particulièrement pour siége les dernières ramifications des bronches, considère, en général, ces affections comme très fréquentes chez les enfants.

Mais un phénomène auquel on a voulu prêter une grande importance est la suspension de la respiration dans différents points de la poitrine : Laennec n'hésite pas à le regarder comme un signe pathognomonique de la bronchite, et cependant il avoue que cette suspension est parfois incomplète et qu'elle peut même manquer. Ce que nous avons remarqué d'à peu près analogue chez les enfants est plutôt une diminution passagère et inconstante dans l'intensité du bruit respiratoire, une sorte de faiblesse momentanée et locale dans l'expansion pulmonaire, qui semble résulter de l'obstruction accidentelle de quelques tuyaux bronchiques par un afflux de mucosités. Ce phénomène, d'ailleurs, est surtout fréquent dans la bronchite spasmodique ou coqueluche (1).

Billard dit que la réaction fébrile est nulle ou presque nulle chez les jeunes enfants. M. Denis prétend, au contraire, qu'il n'est pas rare qu'il y ait chaleur à la peau alternant avec la sueur, accélération et même irrégularité dans les battements du cœur. Passé la première année, assez constamment le pouls est fébrile dans la bronchite aiguë ; il l'est encore dans la bronchite subaiguë, où il devient fréquent aux approches de la nuit, ainsi que dans la bronchite chronique ; la peau, en même temps que le pouls s'accélère, est ordinaire-

(1) Cette suspension momentanée de la respiration, donnée par Laennec comme un signe pathognomonique de l'existence de la bronchite, est, du reste, au contraire, un phénomène rare, suivant M. Baron.

ment chaude et sèche, quoiqu'à un moindre degré que dans les affections des voies digestives. Néanmoins, et malgré l'accélération des battements du pouls, il n'est pas extraordinaire de voir cette membrane conserver sa température naturelle. Quelquefois la chaleur de la peau paraît inégalement augmentée, et cette différence de température paraît surtout sensible à la face interne des poignets et des avant-bras. Quand l'ardeur de la peau persiste jusqu'à la résolution commençante de la phlegmasie des bronches ou du poumon, elle s'éteint rarement sans donner lieu à une augmentation de la perspiration cutanée (très sensible à l'odorat quand on découvre le malade) ou à des sueurs appelées critiques. La transpiration n'est souvent aussi que partielle; ainsi, on la voit se borner aux parois thorachiques, etc. La bronchite, chez les jeunes enfants, s'accompagne assez fréquemment, mais plutôt vers son début, de hoquets et d'éternuments.

Que le froid et particulièrement le froid humide agisse en supprimant la perspiration cutanée, et que, dans ces circonstances, la membrane muqueuse des voies aériennes soit obligée de suppléer aux fonctions de la peau, et qu'il y ait ce qu'on appelle alors rétrocession ou *rétropulcession*; que le froid irrite par sympathie ou directement la surface intérieure des bronches...., n'en est-il pas moins vrai que le refroidissement a toujours été accusé comme la cause la plus ordinaire et la plus fréquente de la bronchite? Cette maladie n'accompagne, probablement, même aussi fréquemment,

les fièvres éruptives que parce que les petits malades s'agitent beaucoup et se découvrent, soit durant les prodromes, soit pendant le cours de ces affections.

Un peu de toux seulement annonce quelquefois l'invasion de la bronchite; d'autres fois, elle est précédée ou s'accompagne de tristesse, de criailleries, de mauvaise humeur, de perte d'appétit, de courbature, puis presque immédiatement surviennent et chaleur à la peau, et accélération dans les battements du pouls, si la phlegmasie a quelque intensité; des vomissements précurseurs, une sorte d'indigestion au début annoncent presque toujours une affection d'une certaine gravité. Les enfants sont parfois très agités pendant les accès de toux, leur figure s'injecte, se tuméfie, et parfois aussi les battements du cœur deviennent momentanément alors irréguliers. La toux est plus fréquente la nuit que le jour, ce que l'on peut attribuer à l'impression plus irritante de l'air plus frais. Peut-être aussi faut-il accuser la fatigue de la journée; peut-être la toux de nuit semble-t-elle aussi plus fréquente et plus fatigante, parce qu'elle a lieu pendant un temps d'ordinaire consacré au repos et à la tranquillité. Il est inutile de répéter ce qui a été dit au sujet des vomissements que provoque la toux, ainsi que de la sensibilité épigastrique occasionée par les secousses du diaphragme, et sans pour cela qu'il y ait de gastrite. La douleur est quelquefois présternale et se révèle à la fin des quintes; mais, outre qu'elle n'existe pas toujours, les petits malades ne sont pas constamment en état

d'en rendre compte. La réaction générale, ainsi que nous l'avons dit, n'est quelquefois que vespérale, surtout dans les bronchites chroniques ; elle est continue avec exacerbation nocturne dans les bronchites aiguës et subaiguës; mais les phénomènes de participation du système circulatoire varient peu; que l'émotion se lie à une phlegmasie des poumons ou des bronches, et le mode le plus fréquent du pouls est d'être petit et fréquent. On ne rencontre pas, en général, *de pouls pneumonique* chez les enfants; le moindre volume de l'artère et la faiblesse inhérente à cet âge semblent un obstacle au développement et à la grandeur des battements de la *radiale.*

Quand la bronchite est légère, les symptômes généraux et la plupart des symptômes locaux manquent; la toux seule, le plus souvent, trahit cette indisposition, dont la durée n'est guère que de quelques jours, et dépasse rarement une semaine. La bronchite aiguë dure rarement moins de quinze jours, fréquemment trois semaines; à l'état subaigu, cette affection dépasse souvent ce dernier terme; enfin, la durée de la bronchite chronique peut être de plusieurs mois. Le temps nécessaire pour observer un temps d'arrêt ou une diminution dans l'intensité des symptômes est variable, et dépend en grande partie des individualités et de la bonne direction du traitement. Quand la bronchite tend vers la résolution, la toux perd de sa sécheresse et de sa fréquence; le pouls se ralentit, la chaleur de la peau devient moindre. Quand la résolution de la bronchite est incomplète, celle-ci

passe à l'état chronique ou se ranime, puis se continue sous la forme subaiguë ; elle peut, toutefois, affecter primitivement cette dernière forme, et c'est plus particulièrement quand elle est intercurrente, qu'elle se déclare chez des individus faibles, épuisés ou peu irritables. La bénignité apparente de ses symptômes, l'absence de ceux-ci, leur pâleur contrastant avec les progrès du mal font alors donner à cette affection l'épithète de *latente.* La bronchite latente est souvent l'origine de la pneumonie latente. La bronchite, en apparence la plus légère, peut n'être que le passage à une maladie des plus graves.

La toux peut être quinteuse dans la bronchite, ainsi que dans la coqueluche ; mais, dans cette dernière maladie, les quintes de toux sont suivies d'un sifflement particulier, d'une inspiration bruyante, d'expectoration ou plutôt de vomituritions de liquide clair et filant, etc. Dans la laryngo-trachéite simple comme dans la laryngo-trachéite pseudo-membraneuse, ou croup, la voix, la toux sont enrouées, rauques ; mais, dans la première de ces affections, il n'y a ni engorgement des glandes sous-maxillaires, ni présence, ni expectoration de fausses membranes. Nous nous sommes déjà expliqué sur la multiplicité et l'inconstance des râles dans toutes les inflammations des voies aériennes chez les enfants. La faiblesse locale de l'expansion pulmonaire, du bruit respiratoire s'observe dans la pneumonie et dans la bronchite ; mais elle est permanente dans l'une, tandis qu'elle n'est que passagère dans la phlegmasie des bronches.

La poitrine est sonore dans la bronchite ; elle l'est également dans la pneumonie centrale, lobulaire ; elle l'est encore dans la pleurésie, avant l'empyème, dans l'emphysème du poumon, le pneumothorax, et quelquefois même dans l'œdème du poumon. La résonnance naturelle de la poitrine est d'ailleurs, ainsi que nous le savons, très grande chez les enfants, et telle qu'on ne peut souvent, au moyen de la percussion, reconnaître certaines modifications organiques que quand elles sont parvenues à un degré avancé, plus avancé qu'en pareille circonstance chez les adultes.

Les signes propres et les signes négatifs servent, en général, à différencier les maladies entre elles : dans la bronchite, les signes négatifs prédominent.

Aux caractères anatomiques de la bronchite, appartiennent aussi les variétés de dispositions assignées à la coloration rouge des membranes muqueuses.

Rougeur par plaques, rougeur par stries, rougeur pointillée, rougeur uniforme, etc... Parfois, sans que la bronchite ait été chronique, la rougeur est violacée (obs. 14, 14 *bis*, etc.); assez souvent la rougeur n'existe que dans les intervalles des cerceaux cartilagineux de la trachée; quelquefois, enfin, et bien que la phlegmasie ait évidemment existé, aucune rougeur ne se rencontre à l'autopsie (obs. 12, 13, etc.).

Une rougeur plus ou moins marquée et tout au plus un certain degré d'épaississement de la mu-

queuse des bronches sont les seuls caractères anatomiques de la bronchite aiguë ; encore ces caractères anatomiques disparaissent-ils quelquefois après la mort (1) (Laennec). M. Denis de Commercy signale aussi cette absence de coloration, et même une blancheur qu'il rapporte à une *altération blanche*.

Il est difficile de donner une explication bien complète de l'absence d'un des caractères les plus tranchés de l'inflammation après l'existence bien constante de celle-ci. Cependant la rougeur même érysipélateuse de la face (et Bichat en avait fait la remarque) s'éteint souvent avec la vie, et c'est chose connue que la pâleur envahit les extrémités et la périphérie du corps au moment de la mort. Cette disparition plus ou moins complète de coloration semble résulter du retrait du sang vers les organes centraux de la circulation, phénomène qui proviendrait lui-même de la suspension de l'action du cœur, tandis que les capillaires continueraient au delà leurs fonctions. La vitalité de ceux-ci persistant la dernière, ils renvoient du sang et n'en reçoivent plus ; ils se dégorgent ainsi et finissent par se vider plus ou moins complètement. La mort gagne, en effet, plus ou moins vite ou plus ou moins lentement telle ou telle partie de ce sys-

(1) Il est plus ordinaire, suivant M. Baron, de rencontrer, à la suite des bronchites, la rougeur de la membrane muqueuse des bronches ; mais quelquefois, cependant, la coloration a disparu, probablement par l'effet de la mort.

tème, suivant son éloignement des parties centrales de l'innervation et de la circulation, suivant sa résistance vitale, suivant la présence ou l'absence de stimulus. La stimulation de l'air pourrait, de cette sorte, être une cause de prolongation de l'action des capillaires sanguins, et pour le tissu dermoïde et pour la surface interne des bronches; ce qui, enfin, expliquerait l'absence de la rougeur de ces parties dans certaines circonstances et après leur état antécédent de phlogose. Une autre explication consisterait à faire intervenir, après l'extinction des forces vitales, les actions et réactions chimiques et physiques, la disgrégation moléculaire, les transsudations, etc.; mais celle-ci se trouverait contredite par les ouvertures récentes de cadavres, faites avant que les lois en question aient eu le temps de se développer activement. Il n'en est pas moins évident, du reste, que la décomposition vitale ne puisse être une cause de coloration et de décoloration à l'égard des parties déclives et de celles dans une situation opposée, et c'est dans ce sens, et avec la restriction qui se trouve impliquée, que l'on peut admettre, avec Laennec, que la teinte rouge augmente avec le temps qui s'écoule après la mort.

L'inflammation, bornée le plus souvent à la membrane muqueuse des bronches, attaque ces dernières quelquefois plus profondément et même dans toute leur épaisseur. M. Denis de Commercy a trouvé des ecchymoses dans le tissu sous-muqueux. Les épaississements de quelques tuyaux bronchiques, les ulcérations qui ont creusé au delà

de la membrane muqueuse prouvent assez que la phlegmasie peut s'étendre au dessous de cette membrane. La muqueuse des bronches est quelquefois boursouflée, elle devient aussi moins consistante; mais ce n'est que dans les bronchites chroniques que s'observent ses ramollissements, et dans celles qui ont duré très long-temps; dans celles encore qui, suivant Laennec, accompagnent les fièvres graves; dans celles qui accompagnent les vieilles maladies du poumon, la phthisie. M. Louis les regarde comme très communs à la suite de cette dernière maladie. Les ulcérations de cette membrane (1) sont rares en l'absence des tubercules pulmonaires; cependant celles qui siègent à la base de la trachée ou dans le larynx sont plus fréquentes. L'opinion de M. Andral est aussi que la muqueuse des bronches s'ulcère et se ramollit très rarement, et que la fréquence de semblables ulcérations va en décroissant de haut en bas, de telle sorte que les laryngites chroniques ulcéreuses seraient assez communes (2). Les rétrécissements, soit

---

(1) Les ulcérations des bronches (qui s'observent plutôt à la suite des bronchites chroniques) sont, du reste, d'après M. Baron, rares chez les enfants. Quelquefois encore on rencontre, également chez eux (pareillement à la suite des bronchites chroniques), l'œdème et l'emphysème du poumon.

(2) Néanmoins, les ulcérations des secondes divisions bronchiques s'observent aussi quelquefois (obs. 51). Il est même une sorte d'ulcérations bronchiques très fréquentes chez les enfants scrofuleux; ulcérations qui ont lieu de

de la trachée, soit des bronches principales, qui, parfois, s'observent chez les adultes et surtout chez les vieillards, semblent très rares chez les enfants; tandis que, chez eux, les dilatations se rencontrent assez fréquemment, ce qui n'a pas lieu à d'autres âges. Selon Laennec, ces lésions organiques sont plus communes dans le lobe supérieur et vers le bord antérieur du poumon; elles n'affectent ordinairement qu'un petit nombre de ramifications bronchiques; mais quelquefois, cependant, elles existent dans un lobe entier et les rameaux bronchiques qui s'y distribuent. Lorsque la dilatation est aussi étendue, le tissu pulmonaire intermédiaire est flasque, privé d'air, évidemment comprimé, et tout à fait dans le même état que celui d'un poumon refoulé vers la colonne vertébrale par un épanchement séreux ou purulent de la plèvre. Dans le cas où la dilatation bronchique est légère, et n'affecte que les petits rameaux, par lesquels elle semble toujours commencer, il est très facile de la méconnaître à l'ouverture des corps. Un des signes qui peuvent le plus facilement éveiller l'attention, à cet égard, est l'écoulement d'un mucus puriforme qui sort par gouttelettes des petites ramifications bronchiques à l'incision du poumon. Le même auteur parle des dilatations avec

---

dehors en dedans, et que l'on observe particulièrement à la suite de la dégénérescence des ganglions bronchiques (voir au chapitre VI), et qui atteignent, au contraire, presque exclusivement les divisions principales ou secondaires des bronches.

ramollissement, avec épaississement de la muqueuse des tuyaux bronchiques, de celles avec amincissement extraordinaire, qui ont quelque ressemblance avec les poumons vésiculeux des batraciens. Dans tous ces cas, on ne distingue plus rien, toujours selon lui, de l'appareil musculaire jaunâtre qu'on remarque autour des bronches saines. Les causes qu'il assigne à ces dilatations sont l'accumulation des crachats dans les bronches, et la force qui tend à faire passer à travers ces rameaux la matière tuberculeuse ou gangreneuse ramollie, au moyen de l'expiration forte qui constitue la toux. Les signes qu'il donne de ces altérations organiques sont la pectoriloquie, le râle caverneux, la respiration bronchique, puérile, la bronchophonie diffuse, etc.; enfin il regarde cette affection comme une suite et une complication du catarrhe chronique muqueux. M. Andral attribue aussi les dilatations bronchiques à une cause mécanique (1); elles ont lieu dans les troncs principaux et les secondaires; elles ne forment pas une espèce de poche anévrysmale, mais s'effectuent dans toute la circonférence et souvent dans toute la longueur d'un ou de plusieurs tuyaux bronchiques. M. Denis de Commercy, qui les consi-

---

(1) La dilatation des bronches est, suivant M. Baron, un résultat des efforts de la toux; mais il n'a pu reconnaître si l'emphysème du poumon, qu'il ne considère pas comme très rare chez les enfants, est pareillement occasioné chez eux par de semblables efforts qui auraient déterminé la rupture de quelques vésicules pulmonaires.

dère comme très rares dans la première enfance, les rapporte aussi aux efforts de la toux. M. Guersent, dans ses leçons de clinique, considérait ces dispositions anatomiques plutôt comme primitives, congénitales, fondant cette opinion sur ce qu'on les observe chez des enfants qui n'ont presque pas toussé, aussi bien que chez ceux dont la toux a été très fréquente, et sur ce qu'en outre ces dilatations sont souvent accompagnées d'épaississement de tissu (obs. 15). Ces altérations organiques s'observent plutôt après les toux qui ont duré long-temps qu'après celles moins prolongées et qu'accompagnent de grands efforts. Les bronches qui communiquent avec les cavernes pulmonaires sont presque toujours dilatées. Ces dilatations ne commencent pas toujours par les petits rameaux, ainsi que le pensait Laennec, puisqu'on en observe quelquefois seulement sur des troncs moyens ou principaux sans que les extrémités aient subi de modifications. Les gouttelettes de pus que l'on voit sortir après l'incision des ramuscules bronchiques peuvent bien s'observer en même temps que la dilatation de ces ramuscules, mais ne sauraient être prises pour la preuve de leur existence, car elles n'indiquent que la présence antérieure d'une phlegmasie, que l'existence de bronchite capillaire. L'accumulation de mucus purulent dans les bronches semble une des conditions indispensables à la production de l'altération organique en question, mais sans que cette dernière soit la conséquence forcée de cette accumulation (obs. 12). Nous mettrons pareillement sur

le compte de ces amas de mucus les dilatations ou distensions des vésicules pulmonaires, qu'il est assez commun de rencontrer chez les enfants après les bronchites capillaires subaiguës ou chroniques. L'incision de certaines portions du tissu du poumon donne lieu à l'issue d'une multitude de gouttelettes purulentes (obs. 13). L'altération organique s'étend à quelques lobes, portions de lobes, ou seulement à quelques lobules du poumon. En promenant les doigts à leur surface, on sent parfois de légères, de très légères élevures, dont quelquefois aussi on n'a point perception. Le tissu ainsi altéré surnage quand on le plonge dans l'eau, et ne se coupe pas par tranches comme les parties hépatisées. Des bouches des ramuscules bronchiques s'échappe surtout, quand on le presse, du mucus purulent. Sous la pression, d'ailleurs, ce tissu crépite, et l'on peut même ainsi produire une infiltration purulente intervésiculaire comparable, jusqu'à un certain point, à pareil épanchement d'air, à l'emphysème interlobulaire. Nous serions même tenté de croire à la possibilité, pendant la vie, de semblables infiltrations, de croire que des collections purulentes puissent aussi être dues à la distention et à la rupture de quelques vésicules pulmonaires remplies de pus. L'amas de pus augmentant, les parties ambiantes refoulées et phlogosées formeraient les parois du foyer. Ce serait un autre mode de formation des abcès du poumon, et la bronchite capillaire partagerait, avec la pneumonie *partielle* ou *lobulaire*, la faculté de produire ces abcès.

Il y a une certaine analogie entre les dilatations résultant de l'accumulation du pus dans les vésicules du poumon et l'emphysème vésiculaire décrit par Laennec. Cette dernière altération organique consiste aussi dans la dilatation des vésicules pulmonaires, mais produite par l'effort de l'air ; elles atteignent, de la sorte, le volume d'un grain de chenevis, d'un noyau de cerise ou d'un haricot. Souvent les vésicules les plus dilatées ne dépassent pas la surface du poumon ; d'autres fois elles y forment une légère saillie. Ainsi qu'il en est déjà (dit l'auteur que nous citons) pour la dilatation des ramuscules bronchiques, c'est aux suites du catarrhe sec qu'il faut attribuer l'emphysème vésiculaire, et voici comme est expliqué le mécanisme de la formation : « Nous avons vu que, dans le catarrhe sec, les petits rameaux bronchiques sont souvent complètement obstrués, soit par les crachats perlés ou nacrés, soit par le gonflement de leur membrane muqueuse : or, comme les muscles qui servent à l'inspiration sont forts et nombreux, que l'expiration, au contraire, n'est produite que par l'élasticité des parties et la faible contraction des muscles intercostaux, il doit souvent arriver que, dans l'inspiration, l'air, après avoir forcé la résistance que lui opposent les mucosités ou la tuméfaction de la membrane muqueuse bronchique, ne peut la vaincre dans l'expiration, et se trouve emprisonné par un mécanisme analogue à celui de la crosse du fusil à vent. Les inspirations suivantes, ou au moins les plus fortes d'entre elles, amenant, dans le même

lieu, une nouvelle quantité d'air, produisent nécessairement la dilatation des cellules aériennes auxquelles se rend la bronche obstruée, et pour peu que l'accident soit durable, cette dilatation doit devenir un état fixe et permanent. »

Le mécanisme de la dilatation vésiculaire, dont nous avons parlé, différerait peu de celui exposé par Laennec : l'abondance de la sécrétion mucoso-purulente et le refoulement continuel de ces fluides dans l'inspiration seraient, en effet, les causes mécaniques de ces sortes de déformations. On pourrait donc admettre deux sortes de dilatations vésiculaires : l'une *emphysémateuse*, plus commune après l'époque de l'enfance ; l'autre *purulente*, plus fréquente, au contraire, à cet âge.

Stoll, Pinel, Broussais ont fait remarquer que la ligne de démarcation entre la pneumonie et la bronchite est peu tranchée. On a prétendu que, dans la bronchite, il y avait phlegmasie des follicules muqueux placés dans ou sous le chorion de la membrane muqueuse des bronches, et que, dans la péripneumonie, il y avait inflammation de la membrane muqueuse elle-même. On a encore avancé que la bronchite ne différait de la pneumonie que parce qu'elle consistait dans une phlegmasie moins intense, moins profonde et moins étendue de l'arbre bronchique, ne s'étendant qu'aux tuyaux principaux ou tout au plus aux moyens.

Les différences anatomiques relatives au siége de la phlegmasie, dans la pneumonie et dans la bronchite, sont plutôt les suivantes : Dans la bron-

chite, l'inflammation est le plus ordinairement bornée à la membrane muqueuse des bronches, elle envahit quelquefois toute l'épaisseur des canaux, et attaque plus ou moins profondément leurs parois; elle peut aussi s'étendre jusqu'aux dernières ramifications bronchiques, mais paraît s'arrêter sur la limite du tissu alvéolaire. Dans les cas même de réplétion purulente des vésicules pulmonaires, la souplesse, le défaut de rénitence du tissu aréolaire, s'ils n'autorisent à repousser tout à fait l'idée de son état phlogistique, permettent tout au plus d'admettre une phlegmasie légère, superficielle, une espèce d'érythème de la face interne de quelques alvéoles. Dans la pneumonie, au contraire, la phlegmasie ne suit pas ces sortes de routes d'élection, elle ne s'étend pas seulement dans le sens ou la direction de tel conduit, de tel tissu; elle envahit, pour ainsi dire, en bloc et par portions plus ou moins grandes, le tissu pulmonaire. C'est bien le tissu vésiculaire et intervésiculaire qu'elle occupe particulièrement; mais elle n'épargne non plus ni les intersections interlobaires, interlobulaires, ni les bronches qu'elle rencontre.

Au début de la bronchite, en général (car il est ordinairement simple et exempt d'accidents), ainsi que pendant le cours du rhume proprement dit, c'est à dire d'une bronchite légère, les prescriptions se bornent aux moyens diététiques, à conseiller le repos, la chaleur du lit, l'usage de boissons chaudes adoucissantes, béchiques et légèrement diaphorétiques. Il ne peut, d'ailleurs, dans

aucun cas, être question, dans la médecine des enfants, de ces remèdes prétendument héroïques; tel serait le punch, le vin chaud, etc., qui, parfois, réussissent chez les adultes, quand ils ne doublent pas le mal ou le compliquent. Si la maladie est intense de prime-abord, ou quand elle devient telle, quand il y a de la fièvre, que la respiration est gênée, que la toux est fréquente, s'accompagne de sentiment d'ardeur dans la poitrine, d'oppression....., le traitement doit être plus actif, plus énergique, surtout chez les enfants; car il s'agit de combattre une phlegmasie grave et importante par elle-même, d'empêcher son extension aux capillaires bronchiques, de prévenir, d'écarter des pneumonies consécutives, l'inflammation et la dégénérescence des glandes pulmonaires et bronchiques, etc.

Parmi les moyens aptes à arrêter ou à prévenir les progrès de la phlogose, il faut placer en première ligne les émissions sanguines. Chez les enfants d'un âge au dessous de la huitième ou de la neuvième année, nous ne conseillerons, en général, que l'emploi des évacuations sanguines locales. Les sangsues ou les ventouses scarifiées seront placées à l'épigastre, au devant du sternum, et mieux encore sous les clavicules (1). Pour une évacuation, trois, quatre ou six sangsues, sui-

---

(1) C'est au devant de la trachée, sous les clavicules ou sous les aisselles, que, suivant M. Baron, il convient davantage d'appliquer les sangsues.

vant sa force, suffisent chez un tout jeune enfant; puis on en gradue la marche de façon à en appliquer environ une dizaine à la fois, vers la huitième ou la dixième année. L'écoulement du sang doit, néanmoins, toujours être surveillé, car on a été témoin d'hémorragies très graves et même mortelles résultant de la piqûre d'un très petit nombre de sangsues. M. Guersent dit avoir vu la mort survenir à la suite d'une perte de sang occasionée par une seule sangsue !

Une diète sévère, des applications sur la poitrine de corps gras, de substances émollientes ; à l'intérieur, des boissons adoucissantes, sont, d'ailleurs, indispensables et satisfont aux exigences des premières indications. On peut encore, du reste, répandre dans l'appartement des vapeurs émollientes.

Après les premières évacuations sanguines, on peut s'en tenir simplement aux moyens précédemment exposés, ou employer, concurremment avec eux, quelques révulsifs et dérivatifs vers les extrémités inférieures, tels que des pédiluves dont on augmente progressivement la chaleur; des cataplasmes chauds ou mitigés autour des jambes, etc. Cependant si le pouls se soutient, si la fièvre persiste ou redouble, ainsi que la toux, si, enfin, il y a temps d'arrêt ou progression dans le cours de la maladie, il faut insister sur les antiphlogistiques, revenir aux pertes de sang, poursuivre, pour ainsi dire, avec les saignées locales sur tous les points de la poitrine, les râles, et gé-

néralement toutes les modifications diverses dans le bruit naturel de la respiration.

Il est, en général, dans les usages d'une sage et prudente pratique de n'employer les évacuants et les contre-stimulants, etc., qu'à la suite des émissions sanguines. Administrés dès les premiers temps des phlegmasies aiguës, les réactions sont trop énergiques, les sympathies trop soulevées; ce sont alors des moyens dangereux, car en cherchant, par des stimulations plus ou moins éloignées, à diviser les forces vitales concentrées vers un point, au lieu d'opérer des diversions ce sont des incendies que l'on fomente, que l'on propage ou que l'on active. Ce n'est donc que dans la dernière période de la maladie, quand la réaction générale et la sthénie locale ont été suffisamment combattues et affaiblies, quand la résolution est commençante, imminente ou incomplète, que pourront être tentés les remèdes en question, qu'ils pourront l'être avec espoir de succès (1), si toutefois les contre-indications sont respectées; si, enfin, une sage circonspection préside à leur emploi. Il est essentiel de ne pas perdre de vue toutes ces considérations, surtout dans la médecine des enfants; car, sans parler des inconvénients du dégoût pour les boissons, qui résulte de l'emploi des

---

(1) Administrés d'une manière opportune, les vomitifs réussissent assez ordinairement, selon M. Baron, dans le traitement des bronchites, chez les enfants.

vomitifs, ceux-ci, trop souvent, raniment des phlegmasies gastro-intestinales, occasionent des diarrhées qui, au terme d'une maladie aiguë, portent rapidement la faiblesse jusqu'à l'épuisement.

Quand la bronchite est légère, quelques calmants peuvent convenir dès le début; mais, quand la phlegmasie a de l'intensité, les loochs, les potions gommeuses avec addition de sirop de pavots blancs, de sirop de jusquiame, d'oxyde de zinc, de poudre de racine de belladone, etc...., ne doivent être donnés qu'après l'emploi des évacuations sanguines. C'est lors de la cessation ou de la diminution de l'éréthisme général et local que conviennent pareillement les révulsifs cutanés ou internes, les stimulants légers, les expectorants, etc....., et enfin tous les moyens aptes à concourir au grand acte de la résolution. Ainsi les vésicatoires au bras, dont les effets sont particulièrement très salutaires; les emplâtres saupoudrés de quatre, huit ou douze grains de tartre stibié placés entre les épaules ou au devant du sternum; à l'intérieur, les loochs et les juleps avec addition de kermès, d'ipécacuanha, d'oxyde blanc d'antimoine; les tisanes avec le lierre terrestre, le capillaire, le lichen d'Islande, le polygala, la térébenthine, les divers balsamiques, la poudre de phellandrium unie au sirop de quinquina et administrée en pilules (ainsi que le propose M. Martinet); les eaux gazeuses, sulfureuses, le soufre même, etc., forment une série de remèdes que l'on peut conseiller d'une manière générale, et dont on peut at-

tendre d'heureux résultats quand l'opportunité s'allie à leur prescription. Dans la bronchite chronique, et même dans celle qui affecte la forme subaiguë, les médications résolutives, plus sûrement opportunes, n'ont pas besoin de s'entourer d'autant de réserve et de précautions.

Les modifications, les conditions particulières de l'atmosphère ne sont pas sans influence sur la marche et la terminaison des bronchites. Le simple changement d'air a souvent suffi pour guérir des rhumes jusque-là interminables; l'inspiration de substances balsamiques a quelquefois aussi produit les mêmes résultats.

Quand la fièvre est dissipée, que la résolution s'annonce d'une manière franche, aussi bien que dans le cas où il est à craindre de voir tomber le jeune malade dans un état de débilité dont l'issue soit peu rassurante ; que cet état de faiblesse provienne du traitement actif que l'on a été contraint d'employer, ou qu'il ne soit que la conséquence de la prolongation de la maladie, l'on doit se relâcher de la sévérité de la diète, permettre quelques cuillerées, quelques quantités déterminées de lait coupé, de lait d'ânesse, de bouillons de poulet, de veau, etc. Un régime plus substantiel, les crêmes, les potages conviennent seulement au début et pendant le cours de la convalescence.

Les moyens prophylactiques sont les mêmes que ceux conseillés à la fin du chapitre précédent.

CHAPITRE VI.

PHTHISIES.

De la dégénérescence tuberculeuse en général, et de celle des glandes bronchiques en particulier (1).

Les glandes bronchiques sont situées autour des bronches, et s'étendent depuis la bifurcation de la trachée-artère jusque dans le tissu même des poumons, où elles s'enfoncent en diminuant peu à peu de volume; leur nombre est inconstant et toujours considérable. L'opinion de Senac et de Portal, sur la structure et les fonctions particulières de ces organes, est peu accréditée aujourd'hui, et l'on admet presque généralement qu'il existe, ainsi que le pensait Haller, une parfaite analogie entre ces ganglions et les autres glandes lymphatiques. La coloration de ces dernières présente bien quelques variétés, suivant les différentes régions du

(1) Comprenant un Mémoire qui a obtenu, en 1830, une médaille de la Société médicale d'émulation.

corps où on les examine; mais celle des glandes bronchiques offre ceci de particulier, que, chez l'homme et la plupart des animaux domestiques, elle varie à diverses époques de la vie, Ainsi, rougeâtres dans l'enfance, ces glandes deviennent brunes vers l'adolescence; et enfin, chez l'adulte et le vieillard, imprégnées d'une quantité plus considérable de carbone, elles acquièrent une teinte noirâtre. Elles sont aussi pourvues d'une enveloppe membraneuse ou kyste; elles ont une forme ovoïde, et leur consistance est molle. Enfin, ces organes glanduleux reçoivent pareillement des vaisseaux lymphatiques, savoir : directement ceux du poumon et des bronches, et par anastomose ceux des plèvres, du péricarde, du cœur et des parois de la poitrine.

Les ganglions bronchiques sont susceptibles de s'affecter lorsque les causes morbifiques portent leur action sur le système auquel ils appartiennent, ou sur les organes, aux fonctions desquels ils sont associés.

L'inflammation de ces glandes est très rare, suivant Laennec : proposition vraie, considérée d'une manière relative, mais qui cesse de l'être si l'on veut l'admettre d'une manière absolue. Rarement, en effet, chez les adultes, même après des bronchites et des pneumonies qui se sont beaucoup prolongées, trouve-t-on quelque changement appréciable dans l'état de ces glandes, tandis qu'il n'en est nullement ainsi chez les enfants; car rarement, au contraire, dans le jeune âge, les ganglions bronchiques tardent-ils à s'enflammer quand

une cause irritante a porté son action sur un organe, du sein duquel partent des vaisseaux lymphatiques en relation fonctionnelle avec eux.

Cette inflammation est ordinairement lente, chronique, latente. Sous son influence, le tissu ganglionnaire devient souvent très manifestement plus rouge et plus ferme ; la glande se tuméfie, se développe, acquiert un volume quelquefois considérable. Les glandes lymphatiques superficielles, chroniquement enflammées, se gonflent, deviennent rénitentes, et semblent douloureuses quand on les presse. La situation des glandes bronchiques ne permet pas d'aller à la recherche, et de constater l'existence analogue de ce dernier phénomène.

La terminaison par suppuration n'est pas celle que les phlegmasies chroniques, et surtout celles des tissus glanduleux, semblent affecter de préférence. La suppuration des ganglions bronchiques est aussi une suite très rare de leur inflammation. Nous n'avons jamais rencontré de *véritables* (1) abcès de ces glandes. Laennec dit en avoir trouvé dans un *bien petit nombre de cas.*

La dégénérescence tuberculeuse des ganglions bronchiques est un résultat bien plus fréquent de leur phlegmasie. Nous ne connaissions pas la thèse

---

(1) De la matière tuberculeuse ramollie n'aurait-elle pas été prise, quelquefois, pour de ces prétendues collections purulentes?

que M. Leblond a soutenue, en 1824, sur *la phthisie bronchique*, lorsqu'en 1829 nous publiâmes une monographie de cette affection. Du reste, sans prétendre avoir fixé les premiers l'attention des médecins sur ce sujet important, les recherches auxquelles nous nous sommes livrés, à cet égard, et les observations que nous avons recueillies, nous permettront, au moins, d'ajouter, à l'histoire de cette affection, quelques faits et quelques considérations qui, peut-être, ne seront pas dénués de tout intérêt.

La *phthisie bronchique* est une maladie qui paraîtrait presque réservée à l'enfance; elle est surtout très commune pendant la période de cet âge comprise entre les deux dentitions (1), et sévit particulièrement chez les enfants dont la constitution est caractérisée par une grande prédominance du système lymphatique.

Toutes les causes susceptibles de développer, outre mesure, l'irritabilité des glandes et vaisseaux lymphatiques en général, et des ganglions bronchiques et pulmonaires en particulier, les disposent à l'inflammation et à la *tuberculisation*. Telles sont toutes les causes susceptibles de développer ce qu'on appelle le *vice* scrofuleux; telles

---

(1) D'après le relevé de nos observations, nous pouvons établir que la fréquence relative de cette affection varie, dans le rapport, de trois à un, suivant qu'on l'observe chez des individus de deux à huit ans, ou de neuf à quatorze.

sont celles sous l'influence desquelles se manifestent les inflammations bronchiques et pulmonaires, etc.

Si, par opposition aux effets de l'air salubre des campagnes, l'on remarque ce qui se passe au milieu de l'air infect des hôpitaux, on voit, dans ces derniers lieux, toutes les affections tuberculeuses y sévir d'une manière qu'on pourrait appeler endémique. C'est aussi parmi les enfants qui habitent les villes, des endroits resserrés, peu aérés, des lieux bas, froids et humides, qui se trouvent, en outre, soumis à une mauvaise alimentation, à un régime peu convenable, trop exclusivement végétal; c'est surtout dans ces circonstances et sous ces conditions que se développent généralement toutes les affections strumeuses, que s'observent toutes les phthisies (1).

Ainsi que les ganglions du cou se gonflent, deviennent douloureux, tuberculeux, etc. (ganglite, ganglite tuberculeuse), par suite de l'inflammation gingivale qui accompagne la dentition, par suite d'ophthalmie, d'affections du cuir chevelu, etc.; ainsi que les ganglions mésentériques, souvent aussi, chez les jeunes sujets, rougissent, se tuméfient, s'imprègnent de matière tuberculeuse (carreau) à l'occasion, par suite d'affections intestinales inflammatoires d'une certaine

---

(1) Ces causes générales et spéciales sont aussi celles qu'a accusées M. Baudelocque, dans l'ouvrage remarquable que nous avons déjà cité (publié en 1833).

durée ; de même des pneumonies ou des bronchites se prolongent rarement chez les enfants, sans que les glandes bronchiques ne s'enflamment consécutivement et ne se transforment en tubercules.

Cette grande susceptibilité, en quelque sorte, des glandes lymphatiques en général, et des glandes bronchiques en particulier, vers les premières époques de la vie, peut s'expliquer par l'activité plus grande alors du système lymphatique. Dans l'enfance, en effet, ce système paraît être l'agent principal de l'absorption interstitielle (1); fonction qui, pendant la virilité et la vieillesse, paraît être plus particulièrement réservée à l'appareil veineux.

La nécessité de l'inflammation dans la *transformation tuberculeuse* des glandes lymphatiques a déjà été reconnue (2) et proclamée : l'origine inflammatoire d'une pareille transformation paraît surtout évidente dans la *phthisie bronchique*.

L'étude des lésions des glandes bronchiques permet d'abord de constater l'existence d'un ordre successif et progressif entre l'état phlegmasique et

---

(1) Chez les enfants, la dégénérescence des ganglions bronchiques et mésentériques rend irrésolubles les inflammations intestinales pulmonaires et bronchiques.

(2) M. Broussais rapporte à l'inflammation des vaisseaux blancs les scrofules, les engorgements des ganglions lymphatiques, les tubercules, etc.

l'état tuberculeux de ces organes. En comparant, en effet, les résultats cliniques avec les résultats anatomopathologiques correspondants à ces deux états, on remarque qu'à des époques variées répondent des altérations successivement aussi différentes. Relativement à la durée de la maladie, ces époques étant entre elles dans les rapports d'un, deux, trois, à chacune d'elles peut se rattacher une des altérations suivantes : 1° Coloration plus vive, rénitence, état hypertrophique de l'organe; 2° les caractères précédents joints à la présence de matière tuberculeuse; 3° l'absence de toute trace de tissu ganglionnaire, partout remplacé par la matière du tubercule.

L'examen des ganglions bronchiques, en partie enflammés, en partie tuberculeux, offre, sous certains rapports, beaucoup d'intérêt; car c'est en pareille circonstance qu'il est, pour ainsi dire, possible de surpendre la cause produisant l'effet; de saisir, comme au passage, la *dégénérescence tuberculeuse* arrivant à la suite d'un travail phlogistique. Alors, en effet, se trouvent diversement unies et combinées des traces évidentes d'inflammation et des productions de matière tuberculeuse. Tantôt on voit cette dernière occuper la place du quart, du tiers, de la moitié du tissu de la glande; tantôt il ne reste de celle-ci que le kyste, ou à peine quelques vestiges, la matière tuberculeuse a presque tout envahi. Là où s'est formé ce *tissu accidentel*, le tissu ganglionnaire a disparu, et ses débris restants tranchent d'une manière remarquable par leur coloration, par leur texture, sur la

substance blafarde à laquelle ils sont accolés. Une ligne de démarcation bien franche ne sépare pas toujours la partie enflammée de celle qui a subi l'altération tuberculeuse, et assez souvent on trouve, vers la limite commune, une espèce de fusion entre elles, due probablement à la dégénérescence commençante.

A en juger donc par ce que l'on observe en pareille circonstance, et contradictoirement à l'opinion des auteurs qui, récusant la puissance de l'irritation et de la phlegmasie dans la production des tubercules, ne voient dans ces corps qu'un tissu accidentel *sui generis*, naissant et se développant, pour ainsi dire, *capricieusement* au sein des organes, ne serait-on pas porté à soutenir que la *matière du tubercule* est le résultat d'une transformation, d'une dégénérescence organique qui s'opère sous l'influence de ces états morbides, sous l'influence de modifications anormales survenues dans les propriétés vitales de la partie ; sorte de *théorème* d'autant plus admissible, que de nos jours déjà beaucoup d'anatomopathologistes attribuent une pareille origine au tissu squirrheux, qui, le plus souvent, ne présente pas non plus de traces bien visibles d'organisation, et que l'on avait aussi coutume de ranger parmi les tissus *accidentels sans analogues* (1).

Ce qui a été dit sur la dégénérescence tubercu-

(1) Voir à la table analytique, ou chapitre VII, les mots *productions morbides*.

leuse des glandes bronchiques est, d'ailleurs, tout à fait applicable à l'altération semblable des glandes lymphatiques du mésentère, du cou, etc., etc.; et le résumé suivant d'un certain nombre de faits semble encore accuser l'inflammation, dans la production, non seulement des tubercules bronchiques, mais encore des tubercules pulmonaires (1).

Les ganglions bronchiques étaient rouges, développés, etc., en même temps qu'il existait des traces de	pneumonie	chez	18 sujets.
	bronchite		10 *id.*
	pleurésie		2 *id.*
	phthisie		2 *id.*

Le tissu de ces glandes était en partie enflammé, en partie remplacé par de la matière tuberculeuse, en même temps qu'il existait des traces de	pneumonie	chez	8 sujets.
	bronchite		5 *id.*
	pleurésie		2 *id.*
	phthisie		4 *id.*

Ces glandes, entièrement tuberculeuses, étaient accompagnées de traces de	pneumonie	chez	6 sujets.
	bronchite		5 *id.*
	pleurésie		» »
	phthisie		25 *id.*

(1) Morton, qui, un des premiers, donna au mot *tubercule* l'acception que l'on est d'accord de lui réserver aujourd'hui, regardait les tubercules pulmonaires comme provenant de l'inflammation des glandes lymphatiques du poumon; opinion adoptée par M. Broussais.

A chacune de ces trois séries doit être rattachée l'idée d'une durée différente de la part des maladies qui ont donné lieu à ces altérations diverses. Cette durée peut être approximativement évaluée à un ou deux mois pour les affections rangées dans la première série ; à deux, trois, quatre ou six mois pour celles placées dans la deuxième et la dernière. On voit, dans ce tableau, que les inflammations du poumon et des bronches (sans complication de tubercules pulmonaires) dominent dans le premier des trois groupes ; que, plus tard (deuxième série), ces inflammations diminuent en certaine proportion, tandis que les tubercules pulmonaires deviennent plus fréquents ; enfin, qu'à une époque plus reculée encore (troisième série), la phthisie pulmonaire est l'affection la plus commune. Nous observerons, en outre, qu'à l'exception de huit, tous les individus chez lesquels existaient simultanément des tubercules bronchiques et pulmonaires avaient présenté, d'ailleurs, des preuves cadavériques d'inflammation du poumon, des bronches ou des plèvres ; que la plupart, durant leur vie, avaient été disposés aux *rhumes ;* que tous, sans exception, avaient *toussé* pendant le cours de leur dernière maladie ; et il est hors de doute, d'après Laennec même, que des bronchites peuvent exister sans laisser de traces après elles.

On a dit, il est vrai, que des tubercules pulmonaires avaient été rencontrés chez des individus qui n'avaient *jamais* eu de bronchites ou de pneumonies...., qui n'avaient enfin jamais toussé !

mais est-il possible d'affirmer que, dans les cas même où des tubercules pulmonaires n'ont été précédés ni d'hémoptysies, ni de symptômes d'inflammation des organes respiratoires, il n'ait pas existé néanmoins un état antécédent de phlegmasie ou de congestion, consistant dans des pneumonies partielles, lobulaires, lesquelles peuvent ne donner lieu qu'aux symptômes d'une simple bronchite très légère, ou même à aucun symptôme! C'est ce que remarque très bien M. Andral, et c'est aussi ce qu'avait observé Franck. Mais, d'ailleurs, en n'admettant même pas (ce qui, du reste, arrive le plus communément) que la phlegmasie d'un viscère ou de ses annexes ait précédé l'inflammation qui s'est allumée dans les glandes lymphatiques, associées par leurs fonctions à cet appareil organique; l'irritabilité du système lymphatique en général, et des ganglions lymphatiques en particulier, pouvant être augmentée d'une manière primitive, essentielle (tempérament lymphatique, scrofuleux) : par suite du surcroît d'excitation, peuvent arriver l'irritation, l'inflammation, et consécutivement la *tuberculisation* de ces glandes; et l'on peut concevoir ainsi comment, par une sorte d'extension de la *maladie scrofuleuse*, peuvent se développer des tubercules pulmonaires, même chez des individus qui, en tout temps, ont été exempts de phlegmasies de poitrine, qui enfin n'ont jamais toussé!

Les recherches anatomiques, il est vrai, n'ont pu démontrer l'existence de glandes lymphatiques au sein du tissu pulmonaire. On suit bien les

glandes qui environnent les bronches jusqu'à leur entrée dans les poumons; mais, diminuant alors sans cesse de volume, elles échappent bientôt à la vue. La ténuité des glandes lymphatiques pulmonaires leur permettrait-elle de se soustraire aux moyens d'investigation? Les granulations décrites par Bayle ne seraient-elles pas elles-mêmes de ces glandes gonflées, hypertrophiées, ayant subi quelque modification morbide (1)? Nous serions très porté à le croire (2).

Ces granulations, examinées à la loupe, apparaissent sous la forme de petits corps obronds, semi-transparents, de couleur grisâtre, de la grosseur environ d'un grain de millet ou de chenevis; elles sont enveloppées d'une membrane, à la surface de laquelle se dessinent souvent quelques vaisseaux. La présence de ces corps se lie

---

(1) Nous avons tenté plusieurs fois d'injecter les vaisseaux lymphatiques qui rampent à la surface de la trachée, dans des cas où les poumons étaient comme farcis de granulations, de tubercules miliaires et de tubercules plus volumineux. La difficulté de trouver, d'isoler et de piquer ces vaisseaux est très grande; nos instruments étaient, du reste, assez imparfaits, et nos tentatives sont restées sans succès: nous ne les citons de nouveau ici qu'afin d'engager des mains plus habiles à renouveler les expériences dont on comprend aisément le but.

(2) Les dernières recherches de M. Rochoux sur les tubercules naissants (1829 et 1835) ne peuvent que nous affermir dans cette opinion. Notre première publication, sur ce sujet, date de 1828.

très fréquemment à l'existence simultanée d'affections scrofuleuses *proprement dites* (1), et, ainsi que ces dernières, ils s'observent peu dans l'enfance avant la première dentition, et se rencontrent très rarement aussi chez les adultes et chez les vieillards. Comme les glandes lymphatiques, les granulations se transforment en tubercules, et cette dégénérescence commence aussi, le plus souvent, par leur partie centrale. Au reste, ce n'est que dans certains cas seulement que les glandes lymphatiques du poumon acquièrent, par suite de l'irritation, le volume qu'on leur connaît quand elles apparaissent sous forme de granulations. Il paraîtrait que plus fréquemment elles se transformeraient en tubercules au fur et à mesure que l'inflammation les aurait gagnées, et sans avoir acquis préalablement un certain degré d'hypertrophie (2); ce qui expliquerait pourquoi il arrive que l'on rencontre parfois des tubercules très petits dans

---

(1) Suivant M. Baron, les granulations s'observent assez souvent chez les enfants faibles, rachitiques, scrofuleux; mais, néanmoins, elles ne sont pas constantes.

(2) Autre que l'état premier et la disposition décrits par M. Rochoux : *petits corps ronds du quart ou tout au plus du volume d'un grain de millet de couleur rougeâtre, jaune, ayant quelque chose de luisant. Ces corpuscules tiennent au tissu de l'organe par une foule de filaments celluleux ou vasculaires; ils sont résistants, assez fermes, s'écrasent ou plutôt s'aplatissent sous l'ongle, sans laisser écouler de liquide.*

un poumon, sans qu'on y trouve de granulations.

Quels sont les symptômes de la phthisie bronchique? Si, pour répondre à cette question, l'on ne consultait que son imagination, ou si l'on s'en rapportait à des idées théoriques déjà aventurées, en se représentant le siége qu'occupent les ganglions bronchiques, les parties dont ils sont entourés; en songeant au volume énorme qu'acquièrent parfois ces glandes tuberculeuses, l'idée de compression ne pourrait manquer de se présenter à l'esprit, et à quel nombre de phénomènes remarquables ne donnerait pas lieu cette cause imaginaire! Nous nous étions, en effet, aussi figuré que les ganglions bronchiques et les différentes glandes lymphatiques du thorax, développés et tuberculeux, *devaient*, dans certains cas, comprimer quelques gros vaisseaux vers leur origine; et que de cette gêne apportée au cours du sang devaient résulter quelquefois des dilatations, des hypertrophies de l'organe central de la circulation; que ces développements glanduleux pouvaient occasioner des obturations de l'œsophage, de la trachée ou des bronches. Mais un examen attentif des faits est venu démentir pour nous toutes ces prévisions (obs. 6, 11, 66, 67). Nous nous abstenons de citer longuement d'autres observations dans lesquelles les ganglions lymphatiques des bronches, ceux situés sur les côtés de la colonne vertébrale, ceux du médiastin, les glandes gastro-hépatiques, gastro-splé-

niques, etc., étaient entièrement dégénérés et avaient acquis un volume très grand, sans qu'il fût apporté aucune gêne à la circulation. Nos recherches nous ont pareillement convaincu que les ganglions bronchiques, tuberculeux et développés, ne peuvent comprimer, au point de les aplatir, les tuyaux bronchiques; que, par conséquent, les dilatations des extrémités de ces canaux (assez fréquentes d'ailleurs chez les enfants) ne doivent pas être considérées comme un effet secondaire de cette prétendue compression, qui, elle-même, ne s'annonce ni par un sifflement particulier, ni par une respiration saccadée.

La douleur présternale appartient plus spécialement à la symptomatologie des bronchites.

Les altérations organiques des glandes lymphatiques des bronches ont pour effet principal de s'opposer à la résolution des phlegmasies des organes de la respiration, de disposer à ces phlegmasies, et de favoriser le développement des tubercules pulmonaires. Témoin la ténacité et la lenteur des inflammations de poitrine chez les enfants, si disposés d'ailleurs à ces lésions; témoin la fréquence des récidives à leur âge et celle des tubercules pulmonaires. Les tubercules une fois développés peuvent rester stationnaires pendant un temps variable et assez prolongé, ou du moins, dans quelques circonstances, leur marche paraît être très lente; mais, sous l'influence de l'inflammation d'un organe voisin, ils font en peu de temps de rapides progrès.

Quoique des tubercules bronchiques puissent ac-

quérir un volume assez considérable (celui d'un petit œuf de poule, par exemple) sans produire le moindre déplacement, il est cependant des cas où le développement extraordinaire de quelques uns de ces organes affectés occasione le retrait des parties voisines, lorsque la mobilité de ces parties le permet. C'est ainsi que nous avons trouvé deux fois l'œsophage évidemment déplacé, déjeté à droite.

Les ganglions bronchiques dégénérés peuvent aussi contracter de nouvelles adhérences avec les parties circonvoisines, ou resserrent seulement leurs adhérences naturelles, et des perforations s'établissent presque toujours, avec le temps, vers les nouveaux points de contact, ou vers ceux devenus plus intimes. Toutefois, ces ouvertures accidentelles, et par conséquent les phlegmasies ulcératives qui les produisent ne se manifestent communément que vers l'époque du ramollissement de la matière tuberculeuse : mais aussi c'est quand les glandes malades ne tendent pas à comprimer les organes environnants ; car alors, bien que la période de ramollissement (1)

---

(1) Ainsi que le prétendent certains pathologistes, ne faut-il voir, dans le ramollissement du tubercule, que le résultat de la mortification de celui-ci ? La vie ne semble-t-elle pas encore bien plutôt présider à cette sorte de fonte purulente ? Nous avons introduit un tubercule cru dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un animal. Ce tubercule, ce corps étranger, a produit l'inflammation et déterminé la suppuration des parties vivantes qui l'entouraient, mais il ne s'est pas ramolli.

soit généralement hâtée par toute inflammation voisine, on trouve encore le ganglion tuberculeux à l'état de crudité, quand déjà ont eu lieu les adhérences et perforations dont il est question.

La rencontre que nous avons faite plusieurs fois de kystes ganglionnaires passés à l'état osseux ou cartilagineux, contenant de la matière crétacée, nous porterait à croire que quelquefois, en effet, la matière tuberculeuse ramollie pût être absorbée en partie ou en totalité. Dans la grande majorité des cas, cette matière tend à être évacuée par les perforations qui s'établissent, ainsi qu'il a été dit plus haut. Les ouvertures qui lui donnent passage se remarquent principalement sur les bronches (ce qui, du reste, se conçoit aisément, d'après les rapports anatomiques de ces tuyaux aérifères avec les ganglions bronchiques), et les faits que nous rapportons tendent à prouver que la *phthisie bronchique*, lors même qu'elle a déterminé de pareilles altérations organiques, ne donne lieu à aucun symptôme particulier (obs. 68, 69). Établir, au contraire, qu'en pareil cas l'absence de la *pectoriloquie* et l'expuition de fragments de matière tuberculeuse doivent suffire pour éclairer le diagnostic, serait se fonder sur des inductions théoriques qui ne seraient que spécieuses. L'observation clinique apprend, en effet, que les enfants ne crachent presque jamais, et que la pectoriloquie, phénomène déjà peu commun chez les adultes, est encore plus rare chez eux; que plusieurs motifs, déjà exposés, empêchent le plus

souvent, d'ailleurs, de profiter des avantages de l'auscultation.

Rien n'est moins rare que de voir vomir les enfants pendant le cours de toutes leurs affections de poitrine. Aussi, bien que les bronches et l'œsophage puissent être simultanément perforés par suite de la fonte purulente et de l'évacuation de la substance ganglionnaire dégénérée (obs. 70, 71), et que, par suite de la communication accidentelle qui s'est établie entre les deux canaux en question, l'on soit en droit de supposer que certaines parties des liquides avalés passent de l'œsophage dans les rameaux bronchiques, on ne peut cependant considérer le vomissement comme un symptôme de cette double perforation. Nous avons, d'ailleurs, rencontré cette disposition pathologique sur le cadavre d'enfants qui, durant leur vie, *n'avaient point toussé après avoir bu ;* tandis que nous avons vu des enfants affectés de simples bronchites éprouver un besoin irrésistible de tousser aprés avoir avalé quelques gorgées de liquide. L'altération tuberculeuse des ganglions inter et circum-bronchiques peut encore donner lieu à de plus formidables, plus prompts et plus funestes résultats ; elle peut donner lieu à la perforation de gros vaisseaux, et notamment à celle de l'artère pulmonaire (obs. 72, 73). La possibilité d'aussi terribles accidents, la marche latente, insidieuse des lésions qui y donnent lieu (1), l'impuissance de

(1) Afin d'abréger, nous ne ferons que mentionner ici

l'art trop démontrée jusqu'aujourd'hui dans les *affections tuberculeuses*...., toutes ces considérations sont bien de nature à aggraver *le pronostic de la phthisie bronchique*. Si même, dans quelques cas (perforation des bronches, perforation de l'œsophage), il est possible de mettre en doute la nécessité absolue d'une fatale terminaison dans cette maladie, et si l'on peut, au contraire, concevoir l'espérance d'une sorte de guérison arrivant par suite de l'évacuation de la matière tuberculeuse ramollie, de la contraction, du resserrement, et enfin de la cicatrisation du kyste et des ouvertures fistuleuses, bien des raisons aussi ne doivent permettre de considérer ces prétendues guérisons que comme partielles, incomplètes et non définitives. Rarement, en effet, quelques glandes bronchiques se trouvent-elles seules affectées ; et d'ailleurs l'affection de ces glandes, presque toujours consécutive à celle des organes de la respiration, suit ou devance les progrès de celle-ci, de telle sorte, enfin, que quand les ganglions bronchiques sont devenus tuberculeux, souvent, à la

---

deux autres observations : dans l'une, un kyste bronchique, contenant de la matière tuberculeuse ramollie, communiquait avec une excavation située dans le tissu pulmonaire voisin, et paraissant résulter d'un abcès ; dans l'autre, un pareil kyste communiquait aussi avec un abcès semblable, qui, en s'ouvrant dans la cavité de la plèvre, avait donné lieu à un pneumothorax et à une pleurésie.

même époque, des tubercules se sont aussi développés dans les poumons (1).

La *dégénérescence tuberculeuse* des glandes bronchiques est donc une affection toujours très grave, 1° parce qu'elle peut occasioner les accidents les plus terribles ; 2° parce qu'elle peut rendre irrésolubles les phlegmasies pulmonaires et bronchiques ; 3° parce qu'elle peut favoriser leur développement, celui des tubercules du poumon ; 4° parce qu'elle peut enfin concourir à l'épuisement du sujet, au développement de la fièvre hectique. Le défaut de signes caractéristiques dans cette maladie est loin de diminuer la gravité d'un tel pronostic.

On ne peut, en effet, que soupçonner, tout au plus, l'existence d'un état pathologique des ganglions bronchiques. Cependant de telles conjectures acquerront assez de vraisemblance, quand on aura à se prononcer sur l'état de jeunes sujets offrant les caractères du tempérament appelé lymphatique, présentant des signes de ce que l'on nomme le vice scrofuleux, toussant depuis longtemps, affectés depuis deux ou trois mois, ou plus, de bronchite, de pneumonie, etc. À peine quelques signes rationnels peuvent-ils donc servir à éclairer le diagnostic de la phthisie bronchique,

---

(1) C'est ce que nous avons constaté dans les deux tiers des cas où les glandes bronchiques étaient entièrement transformées en tubercules.

quelle que soit sa période, quels qu'en soient les degrés.

Ce qui précède doit assez faire comprendre toute l'importance de la *prophylaxie* relative à l'affection qui nous occupe. Sans rappeler ici les principes hygiéniques sanctionnés par l'expérience, applicables à l'éloignement des causes générales déjà indiquées, nous insisterons particulièrement sur la nécessité de traiter, de la *manière la plus complète possible*, les phlegmasies pulmonaires, bronchiques et pleurales chez les enfants; car le danger des résolutions imparfaites est surtout grand à leur âge. La continuation judicieusement prolongée des moyens propres à obtenir la guérison de ces phlegmasies diverses est d'autant mieux indiquée, que c'est encore sur l'emploi méthodique des antiphlogistiques qu'il faut le plus compter pour arrêter tout mouvement inflammatoire qui amène généralement ou accélère le ramollissement des tubercules : considération importante, puisque l'on ne peut juger d'avance les degrés d'altération des glandes bronchiques ; importante encore, puisqu'on a remarqué la coïncidence fréquente des tubercules bronchiques et pulmonaires, et que l'on sait, d'ailleurs, que la période de crudité des affections tuberculeuses est susceptible de se prolonger quelquefois pendant long-temps, tandis que l'on ne peut fonder qu'un espoir très incertain sur l'attente dangereuse d'une guérison arrivant à la suite du ramollissement des tubercules.

Il reste très peu de choses à dire pour compléter l'histoire de la phthisie pulmonaire proprement dite.

Hippocrate a signalé l'époque de la vie, comprise entre la dix-huitième et la trente-cinquième année, comme étant la plus sujette à la phthisie : cette cruelle maladie, dont aucun âge ne paraît exempt, ne laisse pas que d'être aussi très commune dans l'enfance. Sydenham la considérait comme très fréquente chez les enfants, dont, selon cet illustre médecin, elle moissonnait le cinquième. Bayle pensait que le tiers en était victime : M. Guersent croit que cette proportion est aussi considérable, surtout dans les hôpitaux.

Bayle a décrit six espèces de phthisies; mais l'on ne peut qu'admettre, avec Laennec, qu'il a compris sous une telle dénomination, soit des maladies sans aucune analogie entre elles (la mélanose, l'encéphaloïde du poumon), soit des degrés purs et simples d'une même affection. Il a été précédemment question de la phthisie ulcéreuse, des tubercules miliaires et des granulations pulmonaires. A l'égard de ces derniers produits, notre opinion diffère assez de celle de l'auteur de l'*Auscultation médiate*, pour que sa comparaison de *fruits verts* et de *fruits mûrs*, appliquée aux granulations et aux tubercules miliaires, ne nous paraisse que spécieuse.

Les granulations sont disséminées dans le tissu pulmonaire, sans être plus communes au sommet qu'à la base des poumons ; elles ne se rencontrent

jamais chez les très jeunes enfants, mais seulement à partir de l'époque qui suit la première dentition, tandis qu'on a trouvé des tubercules chez des enfants naissants et même chez des fœtus (1). Les granulations, sous le rapport des caractères physiques, diffèrent des tubercules : nous les considérons comme le résultat d'un état maladif (au sujet duquel nous nous sommes précédemment expliqué) des glandes lymphatiques du poumon, tandis que les tubercules résulteraient de la dégénérescence tuberculeuse de ces glandes. Les granulations existent rarement seules, le plus souvent elles sont accompagnées de tubercules.

Les symptômes auxquels elles donnent isolément lieu sont à peine appréciables. L'auscultation et la percussion sont nulles pour le diagnostic. De l'essoufflement, un peu de toux, un amaigrissement progressif, sans fièvre....., voilà tout ce qu'il a été possible de saisir dans la phthisie granulée essentielle. Cette affection tourne, pour ainsi dire, à la longue, en phthisie tuberculeuse, sans toutefois être le passage obligé à cette dernière maladie.

Les tubercules du poumon sont gros ou petits, réunis ou disséminés : très petits, ils prennent l'épithète de miliaires ; agglomérés, fondus ensemble, ils forment ce que l'on appelle l'infiltra-

---

(1) M. Baron n'a pas observé de tubercules pulmonaires, chez les enfants, avant l'âge de trois mois.

tion tuberculeuse (1). Certaines régions du poumon paraissent plus favorables à leur développement que d'autres; telle est la racine (où abondent évidemment les glandes lymphatiques) et le sommet de ce viscère.

Il serait au moins inutile de s'entretenir de nouveau de la fonte des tubercules, des cavernes du poumon, etc.; tous ces faits de physiologie et d'anatomie pathologiques ont été passés en revue. Nous dirons seulement que les bronches qui communiquent avec les cavernes sont quelquefois très dilatées et épaissies; que leurs ulcérations, que celles de l'œsophage, de la trachée, de l'épiglotte sont rares chez les enfants; que les altérations variées et concomitantes d'autres organes que l'on découvre prouvent que les complications de la phthisie sont particulièrement très fréquentes chez eux. Ainsi rencontre-t-on souvent, sur les cadavres des jeunes phthisiques, des traces de phlegmasies gastro-intestinales (2). Des affections cérébrales, souvent à cet âge, viennent enlever les malades

(1) M. Andral prétend, d'ailleurs, avec raison, que l'on a souvent confondu l'infiltration tuberculeuse avec l'inflammation chronique du parenchyme pulmonaire; que l'infiltration gélatiniforme de Laennec n'est qu'une sécrétion morbide *sui generis*.

(2) Selon M. Baron, les complications de phlegmasies gastro-intestinales sont fréquentes dans la phthisie, chez les enfants, et beaucoup plus que celles d'affections cérébrales.

avant que les tubercules pulmonaires aient eu le temps de changer d'état, de sortir de la période de *crudité*. Beaucoup de jeunes sujets présentent une sorte de diathèse tuberculeuse : des tubercules se rencontrent, en effet, dans la plupart, et quelquefois dans presque tous les organes. Dans une des observations que nous rapportons à ce sujet, un tubercule se trouvait dans les fibres charnues du cœur (obs. 10) (fait assez rare, mais non inoui dans les fastes de la science). Nous avons trouvé des tubercules dans les trois cavités splanchniques, sans que les poumons en continssent (obs. 6, 7, 8, 9, 10, 11). M. Louis a reconnu l'estomac malade chez les quatre cinquièmes des phthisiques; l'état gras du foie chez le tiers. Les lésions de l'intestin grêle et du gros intestin sont encore plus fréquentes, selon lui. Le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac a été observé, par le même auteur, sur le sixième environ des phthisiques qu'il a ouverts.

On rencontre fréquemment sur les cadavres d'enfants morts de phthisie des ulcérations vers la fin de l'intestin grêle et dans le gros intestin. Des tubercules situés dans le tissu sous-muqueux de l'intestin donnent quelquefois lieu à des ulcérations et même à des perforations intestinales (obs. 6, 7, 8); ces péritonites tuberculeuses ne sont pas, d'ailleurs, très rares chez les enfants. On trouve souvent simultanément chez eux des tubercules pulmonaires et mésentériques. La dégénérescence tuberculeuse des glandes du mésentère est bien

plus commune à cet âge que chez les adultes (obs. 6, 9). MM. Bayle et Louis ont, néanmoins, rencontré assez fréquemment ce genre d'altération chez ces derniers. Le foie gras se rencontre environ sur le quart des phthisiques.

Les tubercules disséminés dans les poumons ne donnent lieu à aucune modification, soit dans le bruit respiratoire, soit dans le son rendu par la poitrine (1). Leur agglomération sous les clavicules, ou ailleurs, a pour résultat de produire à la percussion (ainsi que les engorgements pneumoniques) une sensation de matité, tandis que le bruit respiratoire se trouve modifié non seulement vers les points correspondants, mais dans les environs; plus faible vers les points correspondants aux tubercules et accompagné de quelques craquements dus à des pneumonies lobulaires concomitantes, il semble devenu plus fort, plus intense vers les régions circonvoisines, par l'effet du contraste, ou par le fait de l'existence réelle d'un surcroît de fonction, d'une sorte de respiration supplémentaire. Les conditions favorables à la production de la pectoriloquie sont d'autant plus rares chez les enfants, qu'elles sont déjà exigeantes et difficiles chez les adultes. Il faut, en effet, dit M. Andral, que la caverne soit vide, qu'elle ne soit ni trop grande,

(1) La toux, la fièvre lente et le dépérissement sont, d'ailleurs, ainsi que nous l'avons déjà dit en traitant de la bronchite chronique, les signes *complémentaires* ou les seuls symptômes de la phthisie.

ni trop petite, sans trop d'anfractuosités; que le tissu pulmonaire ambiant soit induré; qu'elle soit voisine des parois thorachiques; que les bronches qui s'y rendent aient un certain diamètre; enfin, c'est, suivant le même auteur, un phénomène beaucoup plus rare que la bronchophonie. Nous ajouterons qu'à moins que la pectoriloquie ne soit parfaite, on peut aisément la confondre avec la bronchophonie; tandis que, d'autre part, il est au moins aussi facile de prendre pour cette dernière la résonnance naturelle de la voix, habituellement grande et forte vers certaines régions, notamment vers le sommet et la racine des poumons, précisément où existent et s'accumulent de préférence les tubercules.

La phthisie conduit souvent les enfants à la dernière période d'épuisement et d'émaciation (1), bien que les tubercules pulmonaires n'aient point dépassé la période de crudité. Dans ces circonstances, ils meurent quelquefois au milieu des quintes de toux et comme suffoqués, ou, plus souvent en-

---

(1) Voici ce que pense M. Baron au sujet du diagnostic différentiel entre la phthisie et certains cas de bronchites, chez les enfants : il arrive que l'on reste dans le doute à l'égard de l'existence de l'une ou l'autre de ces affections; cependant, en explorant avec soin la poitrine et à plusieurs reprises, en tenant compte de l'amaigrissement rapide du sujet dans la phthisie, et enfin en ayant égard aux antécédents, on peut arriver aussi à reconnaître positivement la maladie existante.

core, ils succombent à la suite d'une diarrhée qui est venue augmenter leur dépérissement. Dans d'autres circonstances, enfin, au lieu de cette sorte de dessèchement, se manifeste de la bouffissure, de l'anasarque, ou une ascite, suite fréquente de péritonite tuberculeuse, vient terminer la scène.

Le traitement curatif de la phthisie pulmonaire serait tout à fait applicable à la phthisie bronchique ; mais un tel traitement véritablement efficace est encore l'objet des vœux de l'humanité. Des moyens innombrables ont été, en effet, tour à tour vantés et essayés, et malgré tous ces prétendus *arcanes* et *panacées*, cette funeste maladie, véritable fléau, ne cesse de décimer les populations. Le traitement de la phthisie, que l'on ne peut appeler que palliatif, à en juger par ses résultats, comprend une série de moyens qui ne diffèrent pas, ou que du plus au moins, de ceux usités dans la prophylaxie de cette affection, moyens d'ailleurs presque généralement en usage, et dont il est bon de constater le mode d'action, puisqu'il semblerait impliquer contradiction entre leur emploi et le refus d'accorder à l'irritation quelque participation dans le développement et les progrès des tubercules. Ces moyens, en effet, sont presque exclusivement tous tirés de la classe des antiphlogistiques; car, constitués par des évacuations sanguines, des adoucissants, des résolutifs, des révulsifs...., ils semblent toujours être instinctivement ou judicieusement opposés à une irritation

plus ou moins sourde ou manifeste (1). Ces moyens sont les mêmes pour les enfants que pour les adultes ; aussi ne ferons-nous que les énumérer brièvement, tout en rejetant cependant de la thérapeutique cette sorte de médecine de symptômes le plus souvent inutile ou innocente chez ces derniers, mais dangereuse chez les enfants ; pratique qui consiste, par exemple, à combattre les sueurs au moyen de l'agaric blanc, de l'acétate de plomb ; les paroxismes de la fièvre rémittente ou les accès de la fièvre vespérale par le quinquina, etc.

Les évacuations sanguines sont surtout utiles pour combattre la congestion sanguine, variable en intensité, qui précède et accompagne la formation des tubercules. La digitale, unie au nitrate de potasse ou de soude, et administrée à l'intérieur, peut aussi agir d'une manière sédative sur le système circulatoire, peut indirectement prévenir ou détourner l'hypérémie. Ces moyens doivent être préférés à leur tour quand l'état de débilité et de faiblesse des malades vient exclure la possibilité de pertes de sang. Quant aux différents révulsifs (vésicatoires, sétons, cautères, moxas), et qui ont été employés avec une sorte de profusion chez les phthisiques, ils ne peuvent non plus être d'une grande utilité que vers les premières périodes. Les bois-

(1) Selon M. Baron, les diverses inflammations des poumons, des bronches et des plèvres paraissent avoir une influence marquée sur le développement des tubercules pulmonaires ; elles lui donnent plus d'activité.

sons gommeuses, mucilagineuses, féculentes, lactées sont généralement prescrites à toutes les époques et jusqu'à la fin de la maladie. Le régime a surtout beaucoup d'importance dans le traitement de la phthisie ; les conditions atmosphériques n'en offrent pas moins. Sans insister davantage sur toutes ces choses connues, nous ne parlerons ici que de certaine modification médicamenteuse apportée à l'air inspiré. Encore ne s'agit-il que d'un essai incomplet renouvelé depuis, mais tenté d'abord par nous il y a plusieurs années.

Parmi les nombreuses substances que l'on a préconisées contre les tubercules pulmonaires, l'iode, dans ces derniers temps, ayant fixé l'attention de quelques praticiens, nous nous sommes livré à quelques recherches sur le mode d'administration et sur les effets de ce médicament. Nous terminerons ce chapitre en rapportant ici sommairement les considérations que nous avons présentées sur ce sujet, en 1828, à l'Académie de médecine de Paris :

« Les docteurs Coindet et Brera ont observé d'heureux effets par suite de l'emploi de l'iode et de ses diverses préparations, dans les engorgements scrofuleux, dans les ganglites tuberculeuses du cou, le carreau, etc., etc. De tels succès ont probablement engagé plusieurs médecins à tenter l'essai de cette substance chez les phthisiques. Quoi qu'il en soit, dans toutes ces circonstances, ce médicament était employé en frictions à la surface du derme, où il était introduit dans les voies digestives. Les résultats de cette médication, quoique

beaucoup vantés, semblent, néanmoins, ne pas avoir répondu à l'attente qu'on s'en était faite; ils ont aussi peut-être contre eux d'être en petit nombre; car, faute d'essais suffisamment répétés, tout ce qui a été dit sur ce sujet est peu concluant. Sans doute, l'action irritante que l'iode, même administré à faibles doses, exerce sur le tube digestif; action que dénotent la diarrhée, la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, une faim extraordinaire, un amaigrissement progressif, a empêché de renouveler plus souvent de semblables tentatives, non exemptes d'inconvénients dans la phthisie, où l'extrême susceptibilité des voies digestives explique le danger des irritants, danger de nouveau signalé par MM. Louis, Andral et Chomel. Nous proposant d'essayer aussi l'action de l'iode sur les tubercules pulmonaires, mais convaincu du peu d'efficacité de cette substance employée alors en frictions, et trop certain du danger de son introduction dans les organes gastro-intestinaux, surtout chez les phthisiques, nous avons pensé que par l'inspiration de *vapeurs d'iode* on agirait plus immédiatement, plus efficacement peut-être, sur les organes malades, tout en évitant de léser les voies digestives. Nous nous sommes rappelé, à ce sujet, que Mascagny disait que si jamais on découvrait un remède efficace contre ces maladies de poitrine, ce serait un de ceux qu'on pourrait appliquer directement au poumon à l'aide de l'inspiration. L'air de la mer, que l'on conseillait jadis et que quelques médecins conseillent encore aujourd'hui aux phthisiques, ne leur est-il favorable

que parce qu'il est chargé de vapeur siodurées? Est-ce par suite du dégagement de semblables vapeurs que la phthisie est restée stationnaire dans une salle de l'hôpital de la Charité, où Laennec avait fait accumuler, pendant un certain temps, des varecs? Une plus longue expérience seule pourrait permettre de se prononcer davantage à cet égard.

» Au moyen d'acide sulfurique et d'hydriodate de potasse, nous avons déterminé un dégagement plus ou moins continu et abondant de vapeurs d'iode (1), que nous avons fait respirer à des individus présentant tous les signes rationnels de la phthisie. En plongeant des animaux dans une atmosphère pareillement chargée de vapeurs iodurées, nous nous étions préalablement assuré de l'innocuité de semblables expériences, et nous avions pu constater l'action bénigne, l'impression peu dangereuse que produit, sur les organes de la respiration, un air imprégné de telles émanations.

---

(1) A cet effet, nous nous servions d'un flacon à deux ouvertures, dont l'une communiquait avec l'air extérieur, tandis que l'autre se joignait à un tube à l'extrémité duquel le malade appliquait sa bouche pour respirer. Une certaine quantité d'acide sulfurique étendu avait été préalablement introduite dans le fond de l'appareil, et chaque jour une certaine dose (depuis un quart jusqu'à un demi-grain) d'hydriodate de potasse y était projetée. Les inspirations devaient se renouveler quatre, huit ou dix fois par jour, et chaque inspiration devait durer quatre ou cinq minutes.

Chez deux malades inspirant plusieurs fois par jour des vapeurs d'iode, nous avons vu diminuer très sensiblement la toux et l'expectoration, la fièvre et les sueurs cesser, l'appétit renaître, s'accroître, et même un peu d'embonpoint survenir. Ces deux femmes toussaient depuis plusieurs mois, avaient eu des hémoptysies : chez l'une, il était facile de reconnaître de la matité vers le sommet du poumon gauche. Chez une troisième, maigre, faible, ayant aussi craché le sang, toussant depuis sept mois, sujette depuis lors à une fièvre vespérale, à des sueurs nocturnes, le même mode de traitement a été employé, mais seulement pendant une quinzaine de jours; cependant la toux était déjà moins fréquente, la malade se sentait mieux, et une diarrhée, qui existait depuis quelque temps, semblait décroître : ni angine, ni même sensation de chaleur vers la gorge ne s'étaient manifestées chez aucune de ces malades. L'amélioration qui s'était opérée dans l'état de chacune d'elles nous remplissait d'espérance, quand nous fûmes obligé de suspendre tout traitement par suite de la fantaisie qu'il prit à l'une d'elles de sortir de l'hôpital, par suite de querelle et d'accident arrivés à une autre; et enfin, par suite d'un changement survenu dans le service des salles, où nous avions entrepris de soigner ces diverses malades, ainsi que plusieurs autres, dont le traitement était à peine alors commencé. Nous nous abstiendrons de citer longuement deux autres faits recueillis dans notre pratique particulière : quoique plus complets que les précédents, ils pour-

raient peut-être encore paraître moins importants, car ils se rapportent à deux individus qui n'avaient présenté que les symptômes d'une simple bronchite chronique, laquelle, du reste, chez l'un et l'autre, avait parfaitement cédé à l'action résolutive des vapeur d'iode.

» Ces essais incomplets peuvent tout au plus permettre de prévoir les bons effets des vapeurs d'iode dans les bronchites chroniques; mais ils ne sauraient rendre moins conjecturale l'action avantageuse d'un tel moyen à l'égard des tubercules pulmonaires. L'absence de signes bien positifs dans la phthisie, et par suite l'obscurité souvent très grande du diagnostic dans cette affection, exigent le concours d'un grand nombre de faits pour donner quelque valeur à des conclusions fondées elles-mêmes sur l'existence d'une telle maladie. Il faudrait donc de nouvelles et de nombreuses recherches, afin de pouvoir mieux apprécier un remède au moins douteux encore, et qui, par cela seul, par sa nouveauté, mérite quelque attention, lorsqu'il s'agit d'une maladie réputée, jusqu'à présent, incurable. »

CHAPITRE VII.

Table analytique et Appendice.

des phlegmasies bronchiques et gastro-intestinales.

Angine. Les angines pharyngiennes et laryngées, l'amygdalite et les stomatites simples sont plus rares dans l'enfance qu'aux autres époques de la vie; mais il en est tout le contraire à l'égard de ces phlegmasies à siéges variés avec altération de sécrétion, de tissu, avec production de fausses membranes, etc.; les stomatites couenneuses, gangreneuses, le muguet, l'angine pultacée, la dyptérite, le croup, etc. (pag. 14, 15 et suivantes), se reproduisent, en effet, incontestablement plus souvent chez les enfants que chez les adultes et les vieillards.

La douleur, la chaleur, la rougeur, le gonflement local; la difficulté d'avaler, particulière dans l'angine pharyngienne, celle de respirer dans l'amygdalite et l'angine laryngée, les modifications dans le timbre de la voix, enfin la réaction générale, etc., sont aussi les symptômes qui existent, dans ces circonstances, chez les enfants; mais avec cette différence que, chez ceux trop peu âgés et trop peu raisonnables pour rendre exactement compte de leurs sensations, permettre un examen attentif de leur état et maîtriser la mauvaise humeur, résultat de leurs souffrances, l'appréciation des symptômes est plus ou moins difficile et incomplète, le diagnostic plus ou moins obscur. Il est encore une considération à présenter et qui doit accroître ici, en général, la gravité du pronostic et augmenter l'importance et les précau-

tions du traitement : c'est que, chez les enfants, ces phlegmasies *simples*, diversement *localisées*, ont une tendance toute spéciale à revêtir les formes et caractères précédemment exposés. Dans quels cas de nouveaux signes (et dont nous avons parlé dans le premier chapitre), le plus ordinairement mieux appréciables, puisqu'ils tombent davantage sous les sens, se surajoutent aux phénomènes précédents.

Mémorial thérapeutique.

Sangsues au cou, cataplasmes émollients; boissons émollientes ou acidulées, suivant les indications; gargarismes (si l'enfant n'est pas trop jeune), ventouse; fumigations émollientes, aqueuses; pédiluves irritants, sinapismes aux pieds; vésicatoire à la nuque, au bras, sur les parties latérales du cou, frictions mercurielles sur les régions cervicales; vomitifs, laxatifs, etc. : le tout suivant les circonstances et les indications.

Apoplexie. L'hémorrhagie cérébrale est très rare chez les enfants. Pag. 20. L'apoplexie séreuse est une forme ou plutôt une terminaison particulière de l'hydrocéphale aiguë (voir le chapitre II). L'apoplexie pulmonaire est aussi fort rare chez les enfants (1). Pag. 202, 227.

---

(1) La congestion passagère et l'hémorrhagie cérébrale s'observent quelquefois, suivant M. Baron, chez les enfants. Ces accidents s'annoncent, parfois, chez eux, par des symptômes apoplectiformes, mais pas toujours, surtout chez les enfants nouveau-nés.

Auscultation. L'auscultation est moins fréquemment utile chez les enfants que chez les adultes. Pag. 181, 187. Auscultation dans la bronchite, pag. 239; dans la phthisie, pag. 258; dans la pneumonie, pag. 187.

Bronchites chez les enfants. La bronchite qui occupe les dernières ramifications des bronches a souvent, chez eux, pour symptôme le râle crépitant. Pag. 239.

Bronchophonie. La résonnance naturelle de la voix est très grande chez les enfants, et il est facile de la confondre avec la bronchophonie. Pag. 188.

Carreau, mésentérite chronique avec altération de tissu. On en distingue de deux espèces: 1° le carreau aigu, caractérisé par l'inflammation subaiguë, le développement hypertrophique, la rougeur des glandes mésentériques et parfois leur suppuration; 2° le carreau indolent, résultant de la dégénérescence tuberculeuse des glandes lymphatiques du mésentère; il n'est guère que la suite, la conséquence, le second degré de l'état précédent.

Ces deux affections, ou plutôt ces deux degrés d'une même maladie, se lient le plus souvent à des phlegmasies gastro-intestinales, et s'accompagnent presque toujours de diarrhée. Le carreau, néanmoins, peut ne pas avoir pour origine l'affection de l'intestin. Le développement phlegmasique et la dégénérescence tuberculeuse des glandes du

mésentère peuvent s'opérer par une sorte d'extension de la maladie scrofuleuse. Pag. 265.

L'altération organique des glandes du mésentère a pour résultat de s'opposer à la résolution des phlegmasies gastro-intestinales (1). (Obs. 6, 9.)

Cérébrales (Affections). Dans ces maladies, les lésions les plus diverses sont souvent traduites extérieurement par des symptômes identiques et réciproquement. Pag. 36, 71.

Les affections résultant d'une irritation directe ou sympathique du cerveau sont très fréquentes chez les enfants ; la réaction vers la tête des phlegmasies gastro-intestinales a lieu, incontestablement, plus souvent chez eux qu'aux autres âges. Pag. 18, 19, 31. Plus particulièrement aussi, chez les enfants, l'expression sympathique de souf-

---

(1) Suivant M. Baron, le *carreau* est une mésentérite chronique tuberculeuse avec tuméfaction, engorgement ou tuberculisation des ganglions mésentériques ; il se lie toujours à une entérite chronique ; il est le plus souvent accompagné de diarrhée, souvent de lienterie, souvent de fièvre ; l'appétit est variable, la soif est ordinairement intense. M. Baron pense qu'il faut admettre une disposition à la *tuberculisation* pour la production de cette maladie ; car, chez certains sujets, les entérites ne donnent jamais lieu au carreau.

Les frictions mercurielles conviennent, en particulier, dans le traitement de cette maladie, ainsi, d'ailleurs, que dans celui de la péritonite chronique ; mais ; du reste, le carreau n'est guérissable que lorsqu'il n'y a pas encore eu formation de tubercules.

france des parties centrales de l'innervation affecte parfois une grande ressemblance avec les symptômes déterminés par une véritable inflammation encéphalo-méningienne. Pag. 73. On remarque, parfois, de l'assoupissement chez les enfants qui ont beaucoup de fièvre.

Cœur. Les maladies du cœur sont très rares chez les enfants. Il y a, chez eux, disproportion entre les parois et cavités droites et gauches de l'organe central de la circulation. Ce qu'il faut penser de cette disposition organique. Pag. 11, 12.

Complications. Les complications sont très communes et d'autant plus graves chez les enfants, que les phénomènes qui en sont les manifestations extérieures pâlissent ou s'effacent en raison directe du nombre de celles-ci, et sans que les progrès d'aucune s'en trouvent ralentis. Pag. 112, 182, 209, 285.

Contractures. Les contractures peuvent résulter d'une sorte de perversion du système nerveux de la partie. L'influx nerveux ne se répartit pas entre les fléchisseurs et les extenseurs; ces derniers s'en trouvent privés. Il y a défaut, manque d'innervation à l'égard de l'une ou l'autre série de muscles antagonistes; paralysie de ceux-ci. Elles sont comparables, sous certain rapport, au strabisme.

Quand ces contractures locales, isolées, sont récentes, elles ne sont accompagnées d'aucune lésion; mais quand elles sont anciennes, on trouve

certains muscles épaissis, mous, décolorés, graisseux, etc.

Les contractures des membres sont assez communes dans les phlegmasies encéphalo-méningiennes; mais l'observation ne prouve pas toujours que les rigidités du cou et du tronc dépendent de la transmission de l'inflammation à la moelle épinière et à ses membranes. Pag. 77, 88.

Contro-stimulisme; contro-stimulants. Plusieurs des médicaments pris dans cette classe (entre autres le tartre stibié) paraîtraient susceptibles de réunir, plus ou moins complètement, quoique, parfois, à l'exclusion les unes des autres, des propriétés soit révulsives, soit résolutives, soit enfin sédatives. L'émétique, par exemple, disons-nous, peut révulser vers la surface intestinale l'irritation et la phlegmasie du poumon; il peut exercer une action résolutive sur ce dernier, ou enfin agir d'une manière sédative sur le système circulatoire, sur la réaction générale, et consécutivement sur la réaction locale, soit en détournant l'hypérémie ou en prévenant son retour.

Les substances de cette classe sont donc, pour ainsi dire, des armes à plusieurs tranchants, et le danger de leur usage, leurs inconvénients proviennent de ce que l'on ne peut juger d'avance du côté et de la manière dont elles frapperont, si leur direction n'aura lieu que dans un sens, ou si elles agiront sur plusieurs points. Pag. 207.

Convulsions. Elles résultent d'une irritation plus ou moins intense, directe ou sympathique du

cerveau. Pag. 68. Les convulsions sont très fréquentes chez les enfants (1).

Coqueluche. Pag. 9, 10, etc. Cette maladie affecte presque spécialement les enfants; cependant elle s'observe aussi quelquefois chez les adultes; elle paraît se transmettre par infection miasmatique. Nous avons vu un homme, d'environ quarante-deux ans, et dont le fils, âgé de six à sept ans, était atteint de cette affection, en présenter lui-même bientôt tous les caractères.

Les phénomènes les plus saillants paraissent occasionés par la présence et l'accumulation vers les extrémités des bronches d'un liquide visqueux, et provenir de la gêne, de l'obstacle mécanique apporté ainsi à la circulation de l'air. Pag. 9. Les uns placent son siége dans le thorax, les autres dans l'estomac; plusieurs, enfin, la considèrent comme dépendante d'une altération de l'encéphale. Marcus, en Allemagne, Whatt, en Angleterre, Ozanam, en Italie, Broussais, en France, regardent la coqueluche comme une inflammation pure et simple de la muqueuse bronchique. Stoll et les médecins de son école faisaient consister la coqueluche dans un état saburral de l'estomac. Pinel, Chambon et Gardien partagent cette dernière opinion. Hufeland, Lobstein, Hermann et M. Breschet pensent qu'elle est liée à une

(1) M. Baron rattache toujours aussi les convulsions à une congestion ou à une irritation directe ou sympathique de l'encéphale.

altération des nerfs pneumogastriques. On en a dit autant au sujet des nerfs phréniques (les faits que nous citons ne confirment nullement ces suppositions). (Voir nos observations de coqueluche, pag. 1, 2, 3, 4, etc.)

Rosen considérait la coqueluche comme une affection nerveuse produite par des animalcules répandus dans l'atmosphère. Quelques pathologistes anciens l'attribuaient à la *pituite* qui descendait du cerveau à la poitrine.

Hippocrate n'en fait pas mention ; M. Guersent la considère comme une affection mixte spéciale des bronches et du système nerveux. Laennec a signalé la dilatation des bronches dans la coqueluche ; elle n'a pas lieu plus fréquemment dans cette affection que dans beaucoup d'autres maladies des voies aériennes.

M. Blache regarde la coqueluche (mémoire couronné par la Société de médecine de Lyon) comme une névrose, dont le siége est à la fois dans la membrane muqueuse des bronches et dans les nerfs pneumogastriques, fréquemment compliquée de bronchite et de pneumonie, et n'ayant aucun caractère anatomique appréciable.

Nous sommes aussi convenu, précédemment (chapitre I[er]), de rapporter les symptômes et les lésions de la coqueluche à une irritation siégeant vers les extrémités des bronches, irritation affectant spécialement les sécrétoires, irritation atteignant le degré de la phlogose, ou plutôt se compliquant dans les cas graves, ou seulement vers

les premiers temps de la maladie, de phlegmasie plus ou moins intense et étendue des bronches ; pouvant d'ailleurs, dans certaines circonstances, se compliquer encore de pneumonie, etc.

La théorie de l'obstruction des tuyaux aérifères par le liquide supersécrété nous semble expliquer d'une manière satisfaisante, et les menaces de suffocation et les quintes d'une toux saccadée et presque convulsive qui fractionnent, pour ainsi dire, les longues expirations, auxquelles le besoin impérieux d'aspirer de l'air fait succéder des inspirations que la rapidité du passage de l'air, que l'ouverture et la tension de la glotte rendent sonores et bruyantes.

Le gonflement, la turgescence de la face, l'accélération du pouls, l'orthopnée, l'agitation, enfin tous les accidents, tous les phénomènes de la crise se calment et cessent en même temps qu'a été rejeté, en une ou plusieurs reprises, par l'expuition ou les vomituritions, un liquide d'ordinaire clair et filant. Les vomissements ou vomituritions qui suivent ou accompagnent les accès de toux tiennent à l'irritation sympathique de l'estomac, ou résultent plutôt des secousses du diaphragme, des secousses transmises par la toux à la région épigastrique.

Ce qui semble encore prouver que le liquide obstruant est la cause de la plupart des phénomènes, c'est que, le plus souvent, en effet, le bruit respiratoire paraît, à l'auscultation, suspendu pendant le fort des quintes de la coqueluche.

Dans la coqueluche simple apyrétique, boissons adoucissantes, mucilagineuses; looch blanc, diminuer la quantité des aliments; s'il y a de la fièvre, antiphlogistiques. Vers la fin de la maladie, laxatifs (manne, huile douce de ricin, eau miellée); expectorants et vomitifs; sirop d'ipécacuanha à doses fractionnées; racine de belladone à un huitième ou un quart de grain; frictions dans le dos et vers la région épigastrique avec la pommade stibiée; changement d'air.

Dans la coqueluche compliquée, combattre activement les complications et user des antiphlogistiques contre les maladies aiguës avant de recourir aux remèdes précédents (1).

Coryza. Le coryza est une affection très commune à tous les âges; elle s'annonce et se manifeste par des larmoiements, des éternuements, une voix nasillarde; par la rougeur, le gonflement et la sécheresse de la membrane olfactive, un suintement, puis un écoulement de liquide transparent et aqueux; puis enfin remplacé, et après quatre

(1) M. Baron regarde la coqueluche comme une bronchite compliquée d'un état spasmodique particulier des bronches : ni la belladone, ni la digitale ne sont des préservatifs de cette affection. La belladone contribue puissamment à calmer les quintes nerveuses de la toux; les vomitifs conviennent fréquemment aussi dans le traitement de cette maladie; mais on n'a tiré aucun avantage de la digitale.

ou cinq jours, par un flux muqueux plus ou moins abondant et épais.

La durée de cette maladie est environ de huit ou quinze jours, suivant son intensité. Quand le coryza est très aigu, il peut donner lieu à de la réaction générale, et même occasioner des congestions vers la tête et amener des accidents cérébraux. Le coryza accompagne presque toujours, ou plutôt précède le début de la rougeole : l'éternument, le larmoiement et la toux sont, en effet, ainsi que tous les observateurs le savent, les avant-coureurs et les compagnons ordinaires des symptômes rubéoliques.

Le passage fréquent des matières âcres qui descendent des fosses nasales irrite le contour des narines et la lèvre supérieure, occasione la rougeur et parfois l'excoriation de ces parties. Le coryza s'accompagne quelquefois aussi de l'ulcération superficielle, de l'érosion de quelques points de la membrane pituitaire ; quelquefois enfin il donne lieu à la production de fausses membranes. Ces dernières sont rejetées au dehors par l'éternûment ou par l'action de se moucher; elles présentent, parfois, la forme roulée des cornets. Le coryza pseudo-membraneux est plus rare que le coryza simple ; il ne semble, dans certains cas, qu'une sorte d'extension de l'angine maligne et du croup, avec lesquels il se rencontre.

L'inflammation chronique, primitive ou consécutive de la membrane pituitaire est plus fréquente chez les adultes et les vieillards que chez les enfants : elle donne lieu à des altérations de tissu et

de sécrétion plus ou moins variables et tranchées, dont la fétidité de l'écoulement et l'ozène font partie.

Les lieux bas et humides, et surtout les causes syphilitiques, disposent et conduisent particulièrement à cet ultime degré d'une maladie, dont les différentes nuances ont été parfaitement saisies et rendues dans la monographie remarquable publiée par M. Trousseau dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (de la *punaisie*), et dans celle de M. le docteur Cazenave, de Bordeaux.

Mémorial thérapeutique.

Antiphlogistiques et révulsifs puissants, si la maladie est intense; vomitifs et dérivatifs vers le canal intestinal, après l'application des sangsues, si l'estomac et les intestins sont en bon état. Vésicatoires à la nuque, vers les extrémités inférieures, bains de pieds sinapisés; frictions mercurielles sur les parties latérales du cou; fumigations émollientes et cinabrées; injections émollientes, acidulées, ou avec le chlorure d'oxyde de sodium; cautérisation de la membrane pituitaire et des surfaces ulcérées, avec des solutions de nitrate d'argent fondu, etc., etc..., le tout suivant les cas et les indications.

Crachats. Ils sont rares et n'offrent point de caractères particuliers dans la pneumonie, chez les enfants. Pag. 185.

Cris. Les cris qui ne dépendent pas de la douleur n'accélèrent pas la circulation chez les enfants.

Croissance. Elle est une source continuelle de dérangements dans l'équilibre fonctionnel.

Croup. Pag. 14, 15. Mode de l'inflammation de la membrane muqueuse des voies aériennes, ayant pour caractère spécial de tendre constamment à produire de fausses membranes. Récidive quelquefois; n'est pas contagieux. Le siége du travail morbide semble être dans les glandes muqueuses des voies aériennes. (Obs. 5.)

Mémorial thérapeutique.

Saignées générales et locales; vomitifs, calomel; frictions mercurielles; sinapismes vers les extrémités inférieures; vésicatoires sur les parties antérieures du cou et de la poitrine, etc. Polygala de Virginie, sulfure de potasse; antispasmodiques. Toucher les plaques avec l'acide hydrochlorique, une solution concentrée d'alun, de sous-borate de soude, d'acide phosphorique, de nitrate d'argent portée jusque dans le pharynx et le larynx. Insufflation de calomel et d'alun. Si tous ces moyens sont inefficaces et le danger imminent, pratiquer la trachéotomie; cautérisation de la surface interne du canal aérien. Le tout méthodiquement et suivant les indications. (Voir le mémoire de M. le docteur Trousseau sur *le croup* et *la trachéotomie*.

Journal des connaissances médico-chirurgicales, tom. Ier.) (1)

Déjections. On a prétendu que les matières verdâtres, ayant l'aspect d'herbes finement hachées, provenaient de l'intestin grêle et d'une altération des glandes de Peyer; que les flux muqueux blanchâtres étaient liés à l'altération de la muqueuse du gros intestin; qu'enfin les déjections séreuses sanguinolentes, contenant des débris de fausses membranes, annonçaient une inflammation vive et profonde du colon et du rectum, etc. Il paraît plus vrai de dire que les circonstances, sous l'influence desquelles les produits des déjections alvines présentent des modifications, soit dans leurs qualités chimiques, soit dans leurs qualités physiques, soit même dans leurs quantités plus ou moins grandes, nous échappent le plus souvent. Pag. 127.

Délire. Quand le délire persiste jusqu'à la fin, ou qu'il se déclare seulement, à cette époque, d'une méningo-encéphalite, il est certain qu'on ne trouvera pas, sur le cadavre, d'altération profonde, de ramollissements un peu étendus, de ramollissement des parties centrales. Pag. 61.

---

(1) M. Baron ne considère aussi le croup que comme une phlegmasie des voies aériennes avec sécrétion particulière (pseudo-membranes); et il pense qu'après les émissions sanguines les frictions mercurielles, les insufflations de calomel, et surtout celles de poudre d'alun, conviennent dans cette maladie.

Dentition. La dentition et les vers intestinaux ont été, à tort, presque exclusivement accusés dans toutes les maladies des enfants. Pag. 3.

Diarrhée. La diarrhée est évidemment le symptôme le plus commun dans les affections des voies digestives chez les enfants. Pag. 132.

La diarrhée est proportionnellement plus fréquente, chez les enfants, dans l'entérite et la colite. Pag. 135. Toutes les parties du canal intestinal peuvent être le siége de la diarrhée. Pag. 146. Toute trace d'irritation ou de phlegmasie qui s'offre dans quelque point de la continuité du canal digestif est une justification anatomopathologique suffisante du phénomène de la diarrhée. Pag. 144.

Diète. On ne peut maintenir la diète absolue aussi long-temps chez les enfants que chez les adultes. Il s'agit tout à la fois, en effet, chez eux, d'entretien et de progrès, et la croissance, cause puissante de débilitation, est loin de se ralentir ou de s'arrêter pendant le cours de leurs maladies.

Dothinentéries. Ces affections présentent, parfois, chez les enfants, une grande ressemblance avec les méningo-encéphalites. Cette analogie dans les symptômes n'existe pas chez les très jeunes enfants. Pag. 73, 130.

Douleur. La douleur abdominale, ainsi que la douleur pleurétique, n'est pas constante chez les enfants; elle est vague, non circonscrite ou pas accusée par eux. Pag. 132, 147.

Les symptômes de compression sont variables, et ne donnent pas l'indication assurée ni exclusive de l'existence de l'épanchement. Pag. 39.

Essentielles. Il est difficile et même plus difficile encore, chez les enfants, de reconnaître ou d'admettre des maladies purement essentielles ; car, chez eux, les lésions anatomopathologiques sont, en général, très profondes et caractérisées, et les affections se localisent d'une manière toute particulière. Elles se localisent, d'autant mieux, selon M. Baron, que, généralement à cet âge, les complications sont (suivant l'opinion de ce médecin distingué) moins communes qu'aux âges suivants, que les maladies se présentent davantage à l'état simple, exemptes de complications.

Fièvre. Les symptômes de participation du système circulatoire dans les phlegmasies gastro-intestinales sont rares chez les très jeunes enfants, au dire de Billard; mais il n'en est pas ainsi chez ceux d'un âge plus avancé. Pag. 131, 152.

Les affections intestinales présentent, aussi, des exacerbations chez les enfants, lors des accès de fièvre intermittente.

Follicules intestinaux. L'inflammation de l'appareil folliculeux intestinal ne donne pas lieu, chez les très jeunes enfants, à des symptômes analogues à ceux des fièvres putrides et adynamiques ; mais il n'en est pas de même chez ceux plus âgés, chez les enfants du second âge. Pag. 129.

Faiblesse. Il y a faiblesse, en général, chez l'enfant, facile dépression des forces, mais leur relèvement est d'ordinaire facile aussi. La dernière résistance de l'enfant malade est quelquefois très grande. Pag. 206.

Foie. Les maladies de foie sont, généralement, rares chez les enfants; il n'y a guère que l'ictère qui les différencie des irritations et phlegmasies gastro-intestinales. Mais, du reste, les tubercules hépatiques, spléniques et rénaux sont très fréquents chez eux, chez ceux surtout placés dans les circonstances où se développent les affections strumeuses, mais il n'est aucun signe particulier qui annonce leur présence (1).

---

(1) Suivant M. Baron, l'hépatite aiguë et chronique s'observe non pas fréquemment, mais quelquefois, chez les enfants; on rencontre encore chez eux diverses affections chroniques du foie, comme tubercules, tumeurs squirrheuses et cancéreuses, indurations et ramollissements. Les symptômes de ces affections offrent de l'analogie avec ceux des phlegmasies gastriques ou gastro-duodénales; mais, par l'examen physique et par l'intensité de l'ictère, on peut fréquemment les distinguer. L'ictère est, en effet, le plus souvent, un symptôme d'une affection quelconque du foie; cependant les tubercules hépatiques n'y donnent pas lieu. Il n'est, du reste, aucun symptôme pathognomonique de cette dernière affection : l'amaigrissement rapide, l'existence d'autres lésions tuberculeuses peuvent seuls donner des présomptions à cet égard. L'ictère des nouveau-nés est extrêmement fréquent.

Le vomitif ne convient pas, en général, dans l'ictère, chez les enfants.

chez les enfants, symptomatique de l'affection granulée du rein. Pag. 22 (1).

Indications. Les indications varient non seulement dans les maladies et les différents degrés de maladies, mais encore chez les différents individus et dans les différentes périodes d'une même affection. La science des indications fait consister l'art de guérir en autre chose que dans la lecture et la possession d'un formulaire; elle mettra toujours cet art hors de la portée de ceux que l'étude n'aura pas initiés aux sciences dont il est le complément et l'application.

Inspirations. Le nombre des inspirations est, terme moyen, chez le jeune enfant, de 24 ou 25 par minute ; elles peuvent aller à 40 ou 60 : nous en avons compté jusqu'à 104, dans un cas de pneumonie gauche. Pag. 13, 185, 237.

---

(1) Suivant M. Baron, l'anasarque, l'ascite et l'œdème s'observent fréquemment chez les enfants ; ces épanchements sont presque toujours le résultat de maladies anciennes des viscères du ventre ou de la poitrine : quelquefois, comme chez les adultes, ils se lient à des affections organiques du cœur et à l'état granulé du rein ; quelquefois on peut les attribuer à la faiblesse générale; mais presque toujours ils sont dus à des embarras de la circulation veineuse ou de la circulation capillaire. Ces épanchements aqueux s'observent souvent à la suite de la scarlatine.

Dans le traitement de ces épanchements, il faut ajouter aux antiphlogistiques, aux diaphorétiques et aux diurétiques les dérivatifs, les rubéfiants, les frictions mercurielles, la paracentèse, etc.

Intermittentes (maladies). Les maladies intermittentes ne doivent être considérées comme telles que lorsque les symptômes généraux et locaux affectent réellement et également l'intermission. Quand les phénomènes généraux, les phénomènes sympathiques disparaissent seuls et se représentent avec régularité et par accès, la maladie primitive n'est pas intermittente, mais elle se complique de fièvre intermittente; ou bien encore, elle est rémittente si la réaction générale, quelle qu'en soit l'intensité, l'accompagne sans cesse et ne se reproduit qu'avec des redoublements à l'époque des accès. Le paroxisme qu'il ne faut pas confondre avec l'accès de la fièvre intermittente, le paroxisme, ou l'aggravation, l'exacerbation qui, fréquemment, survient pendant le cours des maladies, dont le type est continu, a des intervalles égaux ou inégaux, et qui dépend de causes physiques générales, de certaines lois ou conditions inhérentes à l'organisme (1) ; les pa-

---

(1) Les paroxismes, dans presque toutes les maladies, ont lieu le soir, vers l'entrée de la nuit, précisément vers l'époque où, selon le vœu de la nature, doit commencer le repos de certaines fonctions, l'intermittence de *la vie animale*, où doit se faire sentir ou réagir, sur le reste de l'économie, la fatigue de certaines portions de l'organisme. Il semble donc probable que c'est de ces dernières circonstances que dépendent les exacerbations vespérales, qui s'observent dans la plupart des états morbides. La distinction des *deux vies* (vie animale et vie organique) a été basée, par l'illustre Bichat, sur l'observation physiologique de l'intermittence et de la continuité d'action de certains organes ou appareils d'organes.

roxismes sont cause qu'a été singulièrement étendue la circonscription des maladies intermittentes, dont il faut élaguer nombre d'observations comme leur étant tout à fait étrangères. Différentes dans leurs symptômes, dans leurs manifestations, les maladies intermittentes ont un caractère commun de ressemblance, mais borné à l'*accès*. Dans les maladies intermittentes simples, l'intermittence est complète, et, pendant cette époque, l'état de santé est parfait, ou à peu de chose près. Les maladies intermittentes peuvent être idiopathiques ou symptomatiques, suivant que l'on ne peut les rattacher à aucune lésion organique, constante et bien déterminée, ou, au contraire, les attribuer ou les lier à des traces matérielles, très applicables sur le cadavre. Tel il en est, par exemple, à l'égard de l'épilepsie, que tantôt on a vue coïncider avec des productions accidentelles, ou, enfin, exister sans lésions bien évidentes, développées dans quelques régions des organes encéphaliques. Au nombre aussi des maladies intermittentes simples ou non compliquées, se comptent encore la plupart des névroses ou névralgies, avec lésion matérielle ou absence de toute lésion appréciable, et enfin la fièvre intermittente simple, au sujet de laquelle toutes les imaginations se sont particulièrement exercées. Nous ne parlerons ici ni des *stades* de froid, de chaleur et de sueur. ni des différents *types* déterminés par l'ordre, l'arrangement et le retour des accès ; car notre intention est de ne nous occuper de ces maladies que plus particulièrement en ce qu'elles concernent les

enfants. Hâtons-nous donc de dire, et sans passer en revue toutes les opinions émises sur la nature, le siége et la cause de la fièvre intermittente simple, que nous sommes du nombre de ceux qui considèrent cette affection comme une névrose. Certaines autres maladies intermittentes, comme l'hystérie, quelques convulsions, avec retour régulier, mais non accompagnées de perte de connaissance, d'écume à la bouche, et d'autres caractères appartenant à l'épilepsie ; enfin l'épilepsie elle-même, sont pareillement aussi considérées par nous comme des névroses, c'est à dire comme des troubles plus ou moins étendus de l'innervation, donnant lieu eux-mêmes à des troubles fonctionnels plus ou moins marqués (les névroses dépendent, en général, de lésions organiques appréciables des centres ou des embranchements des organes de la sensibilité, ou de modifications survenues ou suscitées dans l'irritabilité de ces organes). Ainsi, mais conséquemment à ce que nous avons dit précédemment, l'épilepsie a, suivant nous, pour siége ou moteur (si je puis m'exprimer ainsi), l'appareil cérébro-spinal ; l'hystérie, plus particulièrement certaines parties des nerfs de la vie organique, et plus spécialement encore les parties hypogastriques, et la fièvre intermittente, ceux de ces organes qui se répartissent plus spécialement dans l'appareil gastro-intestinal.

D'après cette théorie, beaucoup de phénomènes, de circonstances et de résultats physiologiques et pathologiques cadrent, s'accordent et s'expliquent. Pour la fièvre intermittente en particulier, ces mo-

difications, ces troubles, ces dérangements fonctionnels dans l'innervation de certaines portions de la vie organique, suractivent intempestivement, impressionnent d'une manière anormale les voies digestives et leurs annexes, et comme en l'imminence des actes périodiques de la digestion, appellent de toute la périphérie, et font affluer le sang vers les diverticules, vers les organes parenchymateux de l'abdomen. Cette sorte de centralisation accidentelle, anormale, peut fournir une solution de ce qui se passe dans la période *de froid*. Et comme actions et réactions sont des facultés inhérentes à l'organisme, des mouvements et des réactions contraires se font consécutivement sentir ; et enfin, en dernier lieu, la suractivité périphérique s'épuise par la supersécrétion des sécrétoires du système dermoïde. Peuvent donc, en dernier lieu, encore s'expliquer ainsi toutes les particularités des stades de *chaleur* et de *sueur*.

Que l'on confie à la circulation, ou que l'on dirige immédiatement le quinquina, des amers, ou, en un mot, des toniques vers la surface digestive, le but (d'après la théorie qui précède) est, par la stimulation, par l'impression produite, de troubler la régularité de l'intermittence morbide, en sollicitant l'arrivée d'un nouvel accès, en l'absence de la réunion de toutes les conditions (atmosphériques et autres) favorables à son retour ; le but est encore d'opérer quelque modification locale dans l'irritabilité, modification souvent favorable (1)

(1) C'est dans ce sens qu'agissent également, dans cer-

au rétablissement physiologique du jeu naturel des fonctions, que les forces vitales, que cette providence intérieure tend sans cesse à maintenir ou replacer dans l'ordre voulu pour la santé; modification qui n'est fréquemment que le résultat (quoique non calculé de la sorte) de plusieurs médications.

Quant au phénomène de l'intermittence elle-même, on a cherché à l'expliquer de bien des manières; et, sans parler du recours aux influences sidérales, on a invoqué les lois naturelles de l'intermittence fonctionnelle, une sorte d'habitude semblable de l'économie dans les actes physiologiques et morbides, et l'on a accusé aussi l'intermittence d'action des causes manifestes ou occultes, etc. Quoi qu'il en soit, remarquons que les névroses affectent particulièrement le type intermittent.

Les complications de la fièvre intermittente sont fréquentes et nombreuses; et il devait en être ainsi, car les connexions sympathiques du système nerveux en général et de l'appareil digestif en particulier sont, en effet, importantes et nombreuses. Dans ces diverses maladies compliquées, la fièvre intermittente précède ou suit, et elle prend le nom de fièvre intermittente *pernicieuse* quand une complication survient tout à coup et avec inten-

---

tains cas de névrose, directement ou par transmission sympathique, les médicaments *antispasmodiques* (stimulants diffusibles).

sité. Les engorgements chroniques, les développements hypertrophiques de la rate et du foie sont des conséquences des stimulations et des congestions périodiques et répétées de ces viscères (1), occasionées par les *accès*.

Beaucoup de maladies peuvent provoquer le développement de la fièvre intermittente, mais parmi elles les phlegmasies aiguës ou chroniques des organes digestifs semblent devoir être placées sous ce rapport en première ligne; ces affections d'ailleurs viennent fréquemment, en outre, compliquer celle-ci, ce qui tendrait encore à confirmer plusieurs des propositions précédentes. Les phlegmasies concomitantes des voies digestives sont quelquefois sourdes et peu manifestes. La disparition de la phlegmasie gastro-intestinale entraîne fréquemment celle de la fièvre intermittente, ou la place dans des conditions beaucoup plus favorables et faciles pour en obtenir la guérison. Ainsi qu'il en est d'ailleurs chez les adultes, et que l'a observé et décrit le professeur Broussais, les affections intestinales présentent aussi, chez les enfants, des exacerbations lors des accès des fièvres intermittentes : il en est de même encore à l'égard des autres complications, et ces maladies, au contraire, s'amendent et quelquefois même guérissent par le fait du départ de la fièvre d'accès.

Les toniques avons-nous dit, dans le troisième chapitre de cet ouvrage, peuvent quelquefois

---

(1) *Ubi stimulus, ibi fluxus, et ubi fluxus, ibi stimulus.*

réussir dans des cas de phlegmasies gastro-intestinales : dans ces maladies compliquées de fièvre intermittente, il y a chance de plus pour leur succès, puisque la disparition de cette dernière est une circonstance favorable pour la maladie du ventre. Cependant il est loin d'être toujours facile de pouvoir discerner les circonstances opportunes pour l'administration des amers et du quinquina. Ainsi donc, dans ces cas complexes, écueils et dangers partout, et le médecin prudent, au lieu de se hasarder dans l'emploi périlleux des remèdes *héroïques*, préfère, en telle occurrence, ne pas s'écarter des modestes voies d'une médication circonspecte et rationnelle. Il combat l'affection phlogistique des voies digestives, s'assure bien de sa disparition ou de sa non-existence avant de tenter l'action des toniques. Cette réserve est surtout convenable dans la médecine des enfants, chez lesquels, en général, l'obscurité des maladies est plus grande, chez lesquels est plus grande aussi la fréquence des irritations sourdes, des viscères abdominaux, chez lesquels sont plus fréquents les simples paroxismes, et chez lesquels, enfin, sont plus rares (1) les fièvres intermittentes (2).

---

(1) Nous ne sommes, sur ce point, ni de l'avis de Rosen, ni de celui d'Underwood, etc., dont nous ne partageons pas non plus, à regret, l'opinion à l'égard de l'opportunité, en ces circonstances, d'une foule de recettes et d'un luxe vraiment effrayant de remèdes surexcitants.

(2) Suivant M. Baron, les fièvres intermittentes sont

Invaginations intestinales. Elles sont très communes chez les enfants. Pag. 150.

Langue. Cet organe présente aussi chez les enfants différents aspects dans les maladies des voies digestives (pag. 151). Cependant les signes qu'elle fournit ont moins de régularité et de constance chez les enfants que chez les adultes. Pag. 149.

Localisations. L'importance thérapeutique bien avérée de la localisation des maladies, en mettant hors de doute l'utilité des distinctions symptomatiques, démontre assez les inconvénients des trop grandes généralisations.

Maladies des enfants. Points de contact et différences qu'elles présentent, comparées à celles des âges suivants (chap. 1er, pag. 1re et suivantes). Certaines maladies, également communes aux enfants, aux adultes et aux vieillards, semblent re-

---

rares chez les très jeunes enfants, tandis qu'on les rencontre assez fréquemment chez ceux au dessus de deux ans; elles sont, le plus souvent, simples, et à la suite de ces affections l'hypertrophie de la rate est chose commune. Ces maladies ne présentent, d'ailleurs, aucune particularité dans l'enfance, tant sous le rapport de leur type que sous celui de leurs stades et de leur traitement, si ce n'est à l'égard de l'administration du sulfate de quinine. On a, en effet, dans ces circonstances, parfois beaucoup de peine à faire prendre ce médicament par la bouche; le plus souvent on est obligé de l'administrer en lavements (ce qui réussit aussi bien), ou de l'employer suivant la méthode endermique.

vêtir une forme particulière à l'égard de l'enfance. Pag. 7.

Maladies différentes. S'il y a de l'inconvénient à confondre, sous une même dénomination, des maladies qui diffèrent entre elles, sinon par leur nature, du moins par leurs symptômes et leur traitement, il n'est pas moins inopportun de tendre à diversifier une même affection en apposant des noms variés à ses seuls et différents degrés, soit en étendue, soit en intensité, ou même à ses différents symptômes.

Maladies cutanées. Elles sont fréquentes chez les enfants. L'irritation a une grande tendance, chez eux, à se porter vers le système dermoïde : cette tendance excentrique de la suractivité vitale explique les fréquents et heureux résultats, à cet âge, de l'emploi des révulsifs cutanés (1).

---

(1) Notre intention n'est pas de donner une description complète de toutes les affections du système dermoïde chez les enfants. Outre qu'il existe, en effet, de nombreux traités spéciaux sur ce genre de maladies, que tout le monde consulte et connaît, l'on trouvera encore, à cet égard, dans l'ouvrage élémentaire de Billard, et particulièrement dans la dernière édition incessamment publiée par les soins de M. le docteur Ollivier, une classification et tous les documents et détails désirables et les plus satisfaisants. Ce n'est donc que sur quelques maladies en particulier, sur celles qui nous ont paru les plus remarquables dans notre spécialité, que nous ajouterons, dans ce chapitre supplémentaire, quelques détails à ceux que nous avons déjà

Matité. Dans les affections de poitrine, chez les enfants, la matité est parfois difficile à saisir, parce que les lésions sont fréquemment disséminées et circonscrites. Pag. 186.

Médecine des enfants. Elle présente des points de contact et des dissemblances avec celle des âges suivants; elle n'est pas absolument identique à celle des adultes et des vieillards, et n'en diffère pas non plus d'une manière absolue. Pag. 1.

Mélœna. C'est sous ce nom que l'on désigne les symptômes auxquels donne lieu l'hémorrhagie intestinale. Il n'est de remarquable, parmi les symptômes locaux, que les vomissements ou les déjections *noires*, sanieuses; les phénomènes généraux appartiennent à toutes les hémorrhagies en général. Du reste, tous ces symptômes n'offrent rien de particulier chez les enfants; seulement cette maladie ou plutôt ces accidents nous ont paru le plus ordinairement, chez eux, symptomatiques de quelque ulcération du tube intestinal. (Obs. 6.)

Mésentérite. Elle est presque toujours consécutive aux phlegmasies gastro-intestinales, et particulièrement à l'entérite folliculeuse (1). Pag. 130.

---

précédemment exposés. (Voir pag. 21, et aux mots *Variole*, *Rougeole*, *Scarlatine*, *Purpura*, *Roséole*, *Urticaire*, etc.

(1) Selon M. Baron, la diarrhée n'est pas constante dans la mésentérite, et c'est surtout quand elle s'associe à l'entérite chronique (ce qui a le plus souvent lieu) qu'elle est accompagnée de diarrhée.

Mésentérite chronique avec altération de tissu. Voy. *Carreau*.

Météorisme. C'est le plus souvent dans les phlegmasies intestinales graves et étendues que nous l'avons observé. Pag. 132.

Muguet. Pag. 16, 113. Le muguet n'est point contagieux; il attaque surtout les enfants à la mamelle. Les enfants qu'on nourrit artificiellement y sont plus sujets que ceux nourris au moyen de l'allaitement naturel. Le muguet simple et borné à la bouche ne s'accompagne pas de fièvre et dure peu de jours; il n'en est pas de même du muguet qui s'étend dans l'œsophage et les intestins, du muguet compliqué et chronique; il dure et se renouvelle quelquefois pendant plusieurs mois.

Mémorial thérapeutique.

Boissons émollientes, lotions avec des mucilagineux; on y trempe un pinceau de charpie et on le promène dans la bouche. Collutoires ou lotions avec l'eau d'orge, le miel rosat, le sous-borate de soude ou la liqueur de Labarraque. Laxatifs doux, parties égales d'huile de ricin et d'huile d'amandes douces, etc. Voy. *Angines* et *Stomatites*.

Quand l'enfant est trop jeune pour que l'on puisse employer les gargarismes, on remplace ces moyens par des lotions pratiquées, ainsi qu'il vient d'être dit, et l'on contraint les petits malades à ouvrir la bouche en leur pressant et bouchant les

ouvertures du nez au moyen du pouce et de l'index (1).

Myèlite. L'exaltation partielle de la sensibilité du tronc et des membres, et plus particulièrement de ceux-ci, les spasmes, les paralysies, les contractures, les rigidités, avec conservation de l'intellect et des fonctions sensoriales, dépendent le plus souvent de myèlites. Pag. 87.

Névroses, maladies nerveuses. Les névroses ou maladies nerveuses, ainsi que l'a déjà exprimé M. le professeur Broussais, sont fréquemment constituées par des phénomènes sympathiques, transformés en symptômes prédominants, ou maladies essentielles : elles sont constituées par des troubles directs ou indirects, sympathiques ou symptomatiques, généraux ou locaux, de l'action nerveuse, de l'innervation, le plus souvent se rattachant à quelque lésion matérielle locale des or-

---

(1) Suivant M. Baron, le muguet règne souvent d'une manière épidémique aux *Enfants-Trouvés*. La question relative à la contagion est difficile à résoudre; cependant plusieurs faits tendraient à faire croire à la possibilité de cette dernière. Ce médecin regarde bien l'exsudation du muguet comme un produit de l'inflammation, mais d'une inflammation spéciale analogue à toutes les inflammations pseudo-membraneuses. Le muguet de l'estomac et des intestins est extrêmement rare. Les antiphlogistiques, les collutoires, lotions et boissons acidulées, émollientes, ne sont qu'accessoires dans le traitement de cette affection, tandis que l'emploi du sulfate d'alumine et celui de l'acide hydrochlorique sont plus efficaces.

ganes nerveux ou des centres de l'innervation, ou même d'autres parties de l'organisme, plus ou moins intimement, spécialement et individuellement en relation sympathique avec certaines portions du système nerveux ou ses principaux foyers. Ainsi les irritations directes ou sympathiques du cerveau, les altérations organiques, les productions accidentelles intra-crâniennes, les inflammations, les lésions organiques locales des nerfs, les lésions viscérales diverses.......; ainsi toutes les causes capables d'accroître, d'exaspérer plus ou moins vivement, passagèrement, d'une façon permanente ou périodique, l'irritabilité locale des nerfs, ou celle des parties centrales de la sensibilité, de modifier plus ou moins l'état physiologique des propriétés vitales de ces organes, peuvent susciter des troubles nerveux, des dérangements fonctionnels, des spasmes généraux ou locaux, plus ou moins intenses, plus ou moins graves. La névrite peut être la cause de douleurs névralgiques, de névralgies; les aliments indigestes, les irritations gastro-intestinales peuvent occasioner des gastralgies ou entéralgies; l'état d'orgasme de certains organes ou appareils d'organes, ainsi qu'il arrive lors de l'établissement ou de l'époque de la menstruation, ou lors de l'envie, du besoin instinctif de rapprochement des sexes, détermine d'une façon analogue les phénomènes hystériques. Il est, néanmoins, des cas de névroses, au sujet desquels la physiologie et l'anatomie pathologiques restent muettes. Mais que les lésions matérielles, que les circonstances générales, que les

incidents auxquels elles se lient nous échappent encore quelquefois, ce n'est point, du moins, ce qui a toujours lieu; car même il advient que plusieurs de ces maladies, dites *essentielles*, peuvent alternativement aussi, dans d'autres occasions, être rattachées à cet autre groupe plus nombreux des affections de même genre, qui procèdent de quelque lésion organique ou de quelque modification accidentelle dans le rhythme physiologique.

L'épilepsie est particulièrement, tantôt idiopathique et tantôt symptomatique. On l'a vue coïncider et se lier avec une foule de lésions organiques, ou même de circonstances pathologiques accidentelles; on l'a vue disparaître à la suite de l'expulsion d'entozoaires, à la suite de la guérison d'affections gastro-intestinales, etc. D'autres fois, elle existe sans laisser après elle, ou pendant sa durée, aucune trace, ni vestige, ni indication que l'on puisse reconnaître et accuser. Il en est de même de la chorée, et il en est également ainsi de l'hystérie. Souvent le malade, à l'approche d'un accès d'épilepsie, indique le siége, le point de départ de l'affection, indique en quelque sorte le siége de *son épine de van Helmont*. Ainsi on en voit qui ont d'abord la tête comme *rompue*, les yeux injectés, la face colorée; il paraît alors que l'*attaque* est due à une congestion vers le cerveau. D'autres fois, l'épilepsie est *spinale;* il y a douleur dans les lombes, fourmillement, etc. La maladie peut aussi être liée à des altérations organiques, à des affections locales du système nerveux des membres, et les accidents, les troubles

se propagent, remontent vers le tronc. Le patient a quelquefois conscience de cette transmission, il en éprouve une sensation vague (*aura epileptica*) (*boule hystérique*). Le sentiment *du point de départ* est, dans quelques cas, vif, poignant, aigu (*clou épileptique ou hystérique*). Quelquefois *le point de départ* a mené à la découverte de la cause de la maladie principale, et l'on s'en est servi à l'avantage de la thérapeutique; mais dans l'épilepsie, que l'on ne peut rattacher, à priori, à aucune cause, à aucune atteinte, ou accident, ou lésion, on échoue souvent dans le traitement, on essaie, on cherche, on se hasarde, en un mot, on fait de l'empirisme. Ainsi, tour à tour, ont été employés alors, avec des alternatives variées de succès et de revers, les évacuations sanguines, les purgatifs, la valériane, l'opium, le musc, le castoreum, l'oxyde de zinc, l'indigo, le nitrate d'argent, etc., etc.

Cette affection, appelée à tort *mal des enfants* (1), poind quelquefois vers l'époque de la naissance, et quelquefois elle disparaît vers la révolution de la puberté. Quelques jeunes épileptiques n'atteignent pas l'adolescence; d'autres fois, la maladie persiste jusqu'au terme des âges suivants, et c'est seulement après l'époque de l'enfance que quelquefois elle se déclare. En somme, nous la croyons plus fréquente vers les premières époques de la vie que vers celles qui complètent celle-ci. Il est à noter aussi que quelquefois *le point de départ* est illusoire, et

---

(1) Eclampsie.

que l'autopsie n'a pas toujours confirmé son importance; mais, fort heureusement, ce n'est pas de là que procèdent tous les symptômes et toutes les indications.

L'hystérie a beaucoup d'analogie avec l'épilepsie; elle est moins grave que cette dernière; ici il n'y a pas de perte complète de connaissance, écume à la bouche, flexion, contraction des pouces et autres épiphénomènes; les symptômes ne sont souvent que locaux. Cette affection se manifeste plus souvent chez les femmes, chez les jeunes filles; elle semble tenir à la congestion utérine menstruelle, ou se lier à un état d'orgasme vénérien; elle ne se déclare guère, en effet, avant l'époque de l'entrée en scène, de l'établissement fonctionnel des organes génitaux, avant les approches ou le signal de la puberté ou de l'adolescence.

Les évacuations sanguines locales, le sous-carbonate de fer, comme emménagogue, les antispasmodiques, les bains froids ont fréquemment réussi dans le traitement de cette maladie.

On a remarqué la coïncidence de la *chorée* avec une foule de maladies; ainsi se rencontre-t-elle simultanément avec la phthisie pulmonaire, avec les phlegmasies gastro-intestinales, les affections cérébrales, les productions *accidentelles* intra-crâniennes. On l'a vue coïncider avec la présence de vers intestinaux, et disparaître après leur expulsion; on l'a vue se lier à un surcroît d'irritabilité passager des organes génitaux... On l'a rencontrée dans d'autres circonstances, sans pouvoir l'unir sur le cadavre à des traces matérielles, sans

pouvoir, pendant la vie, la lier à quelque trouble, à quelque dérangement fonctionnel. La continuité des recherches cliniques et anatomopathologiques aura probablement pour résultat de diminuer encore le nombre des *maladies nerveuses*, des chorées *essentielles*.

Les émissions sanguines, le quinquina, la valériane, les sels de fer, les bains sulfureux, les bains froids, les affusions froides, employés d'une manière méthodique, suivant les indications, ou d'une manière tout à fait empirique, ont, tour à tour, contre ces maladies, obtenu plus ou moins de succès (1).

Opiacés. Ils conviennent très peu, en général, chez les enfants, et la plus grande circonspection doit présider à leur emploi.

Paralysie. Toujours les symptômes de para-

---

(1) Suivant M. Baron, l'épilepsie est assez fréquente chez les enfants, et il n'en est pas de même à l'égard de l'hystérie. L'épilepsie se lie plutôt à des lésions permanentes que passagères des centres nerveux; souvent elle dépend de productions osseuses ou de corps étrangers sous-crâniens ; quelquefois on ne sait à quoi rapporter cette maladie. La nature de la chorée n'est pas assez évidente, selon M. Baron, pour que son opinion soit définitivement arrêtée à son égard. Cependant elle ne lui paraît pas liée, comme l'est souvent l'épilepsie, à la présence de productions intra-crâniennes. Du reste, les bains sulfureux n'ont point réussi à ce praticien dans le traitement de cette affection. Enfin, M. Baron admet que les enfants sont beaucoup moins sujets aux névralgies que les adultes : il n'a point observé ces maladies chez les très jeunes enfants.

lysie, de la sensibilité et du mouvement des membres avec abolition plus ou moins complète des facultés intellectuelles et sensoriales, coïncident avec des ramollissements de la substance cérébrale. Pag. 76.

Il existe aussi, chez les enfants, des cas de paralysie partielle et de contractures permanentes des muscles d'un membre sans aucune altération des centres nerveux; la maladie est alors locale, tient au système nerveux de la partie. (Obs. 47.)

Peau. La chaleur de la peau, dans les maladies aiguës, chez les enfants, se met assez généralement en rapport, ainsi que la fréquence de la respiration, avec l'accélération des battements de l'artère, sans non plus que cette règle soit absolue et toujours constante. Ainsi la fièvre peut exister, chez les enfants, sans qu'il y ait de chaleur à la peau. La sécheresse de la peau, sa couleur brune, la saillie de ses papilles s'observent souvent pendant les affections intestinales d'une longue durée.

Percussion. La poitrine est très sonore chez les enfants, et les altérations organiques fréquemment disséminées et peu étendues, ce qui rend souvent ce genre d'exploration moins utile chez eux que chez les adultes. Pag. 181, 245.

Percussion médiate. Elle est surtout précieuse dans l'exploration des maladies de poitrine chez les enfants. Pag. 201.

Péritonite. La péritonite aiguë n'offre rien de

particulier chez les enfants ; elle est presque toujours, chez eux, le résultat d'ulcérations et de perforations intestinales. La péritonite chronique, tuberculeuse, simple ou compliquée de carreau est beaucoup plus commune chez eux que chez les adultes. (Obs. 6, 7, 8.) Pag. 285.

Mémorial thérapeutique.

Saignées locales, frictions mercurielles, laxatifs, calomel ; vésicatoires sur le ventre. S'il y a perforation intestinale, ou si la péritonite existe avec altération de tissu, tous les moyens ne sont que palliatifs (1).

Phlébotomie. Elle convient généralement moins chez les enfants que la saignée locale ; elle n'est pas, d'ailleurs, toujours praticable chez eux. Pag. 81, 165, 203.

La saignée est, néanmoins, selon Sydenham,

---

(1) Selon M. Baron, la péritonite aiguë et la péritonite chronique se rencontrent assez souvent chez les enfants. Cependant, chez ceux très jeunes, la péritonite aiguë est plus fréquente que l'autre ; et ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'elle accompagne presque toujours les érysipèles des parois abdominales. La péritonite chronique débute quelquefois de prime abord ; elle est souvent tuberculeuse. Les symptômes de ces affections offrent, chez les enfants, beaucoup d'analogie avec ceux des phlegmasies gastro-intestinales, et il faut une grande attention, une grande habitude de diagnostic pour ne pas commettre quelquefois, à cet égard, des erreurs.

quelquefois aussi utile chez les enfants que chez les adultes.

Phlegmasies. En général, elles ne se jugulent pas chez les enfants ; elles ont une grande tendance, chez eux, à passer à l'état chronique, ou plutôt encore subaigu.

Pleurésie. Elle est souvent latente chez les enfants ; elle se combine, d'ailleurs, presque toujours avec la pneumonie. La douleur de côté est rare et rarement accusée par les malades. Le diagnostic est surtout obscur quand il n'y a que peu ou point d'épanchement. Les criailleries des enfants, leur indocilité, la difficulté de les faire parler à volonté, la résonnance naturelle, très grande, de la voix, rendent, du reste, l'égophonie un phénomène rare et difficile à constater chez eux. Pag. 211.

Pneumonie chez les enfants. Elle est souvent latente quant à sa marche et ses symptômes, et circonscrite, disséminée, partielle, lobulaire quant à ses lésions organiques. Pag. 177, 180, 189.

La pneumonie est très souvent compliquée chez eux. Pag. 182.

La *pneumonie latente* présente parfois, dans ses symptômes et ses lésions, beaucoup d'analogie, de ressemblance avec la phthisie pulmonaire. Pag. 181, 195.

La *pneumonie chronique* est aussi très rare chez les enfants ; cependant on en rencontre également chez eux quelques exemples. Pag. 197.

Pouls. Il existe, en général, le rapport de 3 à

1 entre la fréquence des contractions du cœur et celle des inspirations ; mais cet ordre peut aussi se rompre : ainsi les inspirations peuvent se succéder, par exemple, au nombre de 68 par minute, tandis que le pouls ne bat que 120 ou 130 fois dans le même espace de temps. (Obs. 12, etc.)

Nous avons déjà précédemment exprimé qu'il était très difficile de préciser exactement le nombre des battements fournis par l'artère dans un temps donné, et aux différentes époques de l'enfance ; et que si les opinions des auteurs présentaient à cet égard, généralement, peu d'accord, cela tenait, en effet, à ce que le pouls, sous le rapport de sa fréquence, offrait beaucoup de variétés individuelles. Les faits suivants viennent à l'appui de cette assertion et démontrent, en outre, l'utilité au médecin de connaître à l'avance la fréquence habituelle, l'état physiologique du pouls chez les enfants confiés à ses soins, afin de pouvoir convenablement juger des variations ou changements que la maladie a apportés dans l'état physiologique des battements de l'artère.

Sur quarante enfants de 1 à 10 jours, Billard a fait les remarques suivantes :

Chez dix-huit, le pouls battait moins de 80 fois par minute ; chez deux, il battait 86 fois ; chez un, 89 fois ; chez quatre, 100 fois ; chez neuf, 110 à 125 fois ; chez un, 130 fois ; chez deux, 145 fois ; chez deux, 150 fois ; enfin, chez un, 180 fois.

Sur trente-cinq enfants d'un à deux mois : chez treize, le pouls battait par minute de 80 à 85 fois ;

chez un, 60 à 62 fois; chez deux, 90 fois; chez deux, 94 fois; chez cinq, de 110 à 112 fois, chez deux, 114 fois; chez sept, 126 à 130 fois; et chez trois de 140 à 150 fois.

Chez vingt et un enfants en pleine santé, examinés par nous en ville, et pendant qu'ils étaient calmes et tranquilles, nous avons trouvé les résultats suivants :

Chez un âgé de quinze mois, le pouls donnait 124 pulsations par minute; chez un âgé de deux ans, le pouls battait, dans le même espace de temps, 110 fois; chez un, de deux ans huit mois, il battait 106 fois; chez un de trois ans, 104 fois; chez un de quatre ans, 120 fois; chez un de quatre ans et demi, 104 fois; chez un autre de quatre ans et demi, 96 à 98 fois; chez un de cinq ans, 96 fois; chez un autre de cinq ans, 108 fois; chez un autre encore du même âge, 116 fois; chez un de six ans et demi, 84 fois; chez un de sept ans, 88 fois; chez un autre de sept ans, 112 fois; chez un de huit ans, 78 à 80 fois; chez un de huit ans, 120 fois; chez un de huit ans et demi, 88 fois; chez un du même âge, 90 fois; chez un de neuf ans, 76 fois; chez un de dix ans, 90 fois; chez un de onze ans, 88 fois; enfin, chez un autre du même âge, 104 fois; toujours dans le même espace de temps (1).

Productions morbides. Nous ne croyons pas

(1) Suivant M. Baron, le pouls de l'enfant est généralement plus fréquent que celui de l'adulte et du vieillard; mais on a exagéré cette différence.

non plus que les diverses productions accidentelles en général, qui se rencontrent au sein des organes, ou qui en occupent, qui en remplacent certaines parties (tumeur encéphaloïde, mélanose, tubercules, squirrhe, cirrhose, etc.), soient des corps *sui generis*, semés par le hasard ; nous ne croyons pas que l'étiologie en soit beaucoup éclairée par les deux mots latins qu'on a coutume d'ajouter à leur suite, et l'on pourrait, ce nous semble, supposer à ceux qui tiennent à s'en payer, l'envie d'y joindre la sentence *noli me tangere*, qui se traduirait par *défense de chercher à en apprendre davantage*.

L'explication qui paraît la plus rationnelle et la plus satisfaisante, quant à présent, consiste à accuser la suractivité fonctionnelle, l'irritation, la phlogose lors de la formation de ces divers produits.

Le travail morbide est parfois assez limité dans son intensité et dans son étendue pour s'opérer, pour ainsi dire, à huis clos et rester d'abord comme isolé; mais néanmoins, passé certaines limites, ces altérations, produits, ou dégénérescences organiques, agissent sur les parties circonvoisines par leur contact, par leur volume, par la transmission de leur élément pathogénique; en un mot, il arrive un temps où ces productions propagent et fomentent par leur présence l'irritation et la phlegmasie. C'est également ce qu'il advient, en particulier, à l'égard des tubercules cérébraux, etc.

Puberté. La puberté se déclare vers la quatorzième année ; les lois en fixent l'époque à l'âge de douze ans pour les filles, et de quatorze ans pour les garçons. Mais ces limites ne sont pas toujours celles adoptées par la nature, et le signal de ce nouvel ère est donné par elle tantôt plus tôt, tantôt plus tard. Le développement plus ou moins rapide des attributs propres aux sexes, phénomènes et attributs, jusqu'alors peu différents par leurs caractères physiques et par leurs facultés morales, forme le trait principal de cette sorte de révolution.

La puberté suit l'enfance, s'étend jusqu'à la virilité, ou s'arrête à cet état intermédiaire, appelé *adolescence*, qui est le temps que le jeune homme emploie à se parfaire, pendant lequel le corps humain acquiert son complément d'organisation. Ce stade comprend, en général, pour les femmes, l'espace qui existe entre douze et dix-huit ans, et pour les hommes celui de quatorze à vingt ans.

Purgatifs, révulsifs. Les vomititifs et les purgatifs trop souvent raniment ou allument des phlegmasies gastro-intestinales, occasionent des diarrhées qui, au terme de maladies aiguës, portent rapidement la faiblesse jusqu'à l'épuisement. Le danger de leur emploi chez les enfants a déjà été signalé par Sydenham.

Il est néanmoins des circonstances où leur utilité, où celle de la stimulation de la révulsion intestinale est incontestable : c'est ce qu'il est important de bien savoir préciser.

Il faut songer qu'en cherchant, en général, à détruire une irritation par le moyen de l'action d'un irritant, appliqué loin du siége du mal, on s'expose lorsque l'action vitale se rétablit dans son équilibre, lorsque la concentration des forces de l'économie vers les organes primitivement et profondément enflammés tend à disparaître, il faut songer, disons-nous, que l'on s'expose, si l'on n'agit avec circonspection et habileté, à incendier d'autres points, à établir quelque grave complication.

Purpura. D'après Willian et Bateman, le purpura est un exanthème caractérisé par une éruption de taches violettes, circonscrites, ou pétéchies, qui résultent d'une extravasation sous l'épiderme du sang des extrémités des vaisseaux de la peau. Le purpura *simplex* ne s'accompagne ni de fièvre, ni d'aucun autre symptôme que les caractères physiques indiqués et un état général de faiblesse. Il n'en est pas de même du purpura *hemorrhagica*, dans lequel les taches ou ecchymoses sont plus considérables, plus étendues, semblent résulter des contusions déterminées par la flagellation, phénomènes accompagnés d'hémorrhagies et de congestions viscérales plus ou moins graves.

Ces maladies, du reste, sont rares chez les enfants, si ce n'est dans certaines classes où règnent la misère et toutes les causes d'insalubrité; nous insistons aussi très peu sur ce genre d'affection.

Le changement d'air, en peu de mots la réunion

des conditions les plus favorables prescrites par l'hygiène, sans oublier l'accomplissement des indications médicales qui se présentent, sont les moyens thérapeutiques généraux que nous nous contenterons de prescrire.

Râle. Diverses espèces de râles se succèdent, et quelquefois instantanément, dans les pneumonies et les bronchites chez les enfants, pag. 187. Le râle crépitant est assez commun dans la bronchite qui occupe les dernières ramifications des bronches; ce râle ne peut être considéré comme un signe pathognomonique de la pneumonie. Pag. 187, 239.

Ramollissement cérébral. Il est blanc ou coloré, et toujours le résultat d'un travail phlogistique. Pag. 45, 46.

Résonnance de la voix. Elle est naturellement très grande chez les enfants, et rend *l'égophonie* et la *bronchophonie* des phénomènes très incertaines et très difficiles à constater chez eux. Pag. 188, 211.

Respiration. Son état présente, dans les maladies des enfants, plusieurs modifications qu'il est important de reconnaître et d'apprécier. Pag. 182, 185, 237.

Rhumatisme. Très rare chez les enfants (1). Pag. 21.

---

(1) Selon M. Baron, les affections rhumatismales se ren-

Roséole; exanthème éphémère qui dure environ d'un à sept jours; il s'accompagne d'un mouvement fébrile plus ou moins prononcé, et se lie assez fréquemment à l'invasion de quelques maladies phlogistiques, particulièrement à celles du ventre; ou bien encore il coïncide avec le travail laborieux de la dentition, l'évolution d'une ou plusieurs dents. Dans cette éruption, les taches sont arrondies, d'un rose foncé; très rapprochées les unes des autres, plus grandes que dans la rougeole; n'affectant pas l'aspect déchiqueté ou la forme semi-lunaire, propres à celles de ce dernier exanthème : elles n'offrent pas non plus l'étendue, la continuité et la coloration framboisée de l'efflorescence scarlatineuse. D'ailleurs, la roséole est sans angine (ce qui, le plus souvent, n'a pas lieu dans la scarlatine) et sans catarrhe pulmonaire; ce qui, encore, le plus ordinairement, est l'opposé dans la rougeole.

Cet exanthème n'est pas contagieux, non plus que l'urticaire, qui, parfois aussi, se manifeste sous l'influence de la dentition; mais, du reste, les élevures blanchâtres entourées d'une auréole rouge, qui caractérisent l'éruption ortiée, ne ressemblent nullement aux taches de la roséole.

Les symptômes précurseurs, l'agitation, la fièvre, les troubles fonctionnels généraux ou locaux sont ou peuvent être les mêmes dans toutes ces fièvres éruptives; enfin, l'éruption est presque

---

contrent quelquefois chez les enfants, et elles se compliquent aussi, chez eux, de péricardite.

toujours générale dans la roséole, elle est moins fréquemment telle dans l'urticaire, accompagnée de plus d'ardeur et de prurit à la peau. Dans l'une et l'autre de ces deux maladies, on observe quelquefois des départs et des retours irréguliers, et une légère desquamation leur succède quand l'éruption a été intense.

A part les indications fournies par les complications et les accidents généraux, à part la précaution, par exemple, de provoquer le vomissement dans l'urticaire, si les matières délétères n'ont pas été rejetées, et si la fièvre ortiée reconnaît pour cause l'ingestion de poissons de mer, de mollusques, de champignons, etc , etc.; à part, disons-nous, ces circonstances, le repos du lit et les boissons délayantes sont les seuls moyens à employer dans ces exanthèmes, généralement accompagnés de peu de gravité.

Rougeole. Pag. 21. Elle est presque toujours précédée d'un coryza léger et accompagnée de bronchite. Quand, à la suite de la rougeole, on remarque quelques nuances dans l'état de la respiration chez les enfants, de l'essouflement, etc., c'est une raison pour craindre des pneumonies partielles, latentes.

Les prodromes de la rougeole, comme ceux de la variole, durent environ trois ou quatre jours, et ainsi qu'il en est dans cette dernière affection, l'éruption commence vers le quatrième jour, par le front, la figure, etc. Il n'y a point de douleur lombaire comme dans les cas graves de

variole; mais, ainsi que dans cette maladie, des troubles généraux et locaux peuvent servir d'avant-coureurs.

Nous avons déjà parlé de l'*enrouement*, de l'angine, de *la toux*, du coryza, qui, avec l'agitation et la fièvre, forment les phénomènes précurseurs, ordinaires et concomitants de la rougeole. Les taches se répandent sur le tronc et les membres, elles sont d'abord très petites; elles s'élargissent, proéminent plus ou moins, de façon surtout à laisser, au moyen du doigt que l'on promène, la sensation d'une surface inégale; elles s'étendent irrégulièrement, sont comme déchiquetées, et laissent entre elles des intervalles, ou plutôt de légers interstices dans lesquels la peau conserve sa couleur naturelle. La peau est brûlante et le pouls fébrile.

Au bout environ de trente-six heures, l'éruption est complètement terminée, et elle disparaît ordinairement du septième au huitième jour, en commençant à s'effacer vers les régions où elle a paru d'abord, c'est à dire sur le front, le reste de la figure, etc. Une légère desquamation, avec prurit, succède, en général, à ce départ.

L'exanthème en question, particulièrement quand la pyrexie est grande et qu'il y a des sueurs, s'accompagne quelquefois de sudamina ou miliaire.

La rougeole est contagieuse, et l'on n'est pas toujours, non plus que dans la variole, à l'abri d'une seconde infection.

Diète, repos du lit, chaleur tempérée, boissons chaudes et légèrement diaphorétiques au début, remplacées par des tisanes émollientes, rafraîchissantes. Ces moyens suffisent, en général, dans les cas simples; dans ceux où les prodromes sont très orageux, la fièvre intense; dans ceux avec complications, saignée générale et locale. Ces moyens sont quelquefois alors d'une grande importance, et quelquefois aussi d'autant plus efficaces qu'on les a employés dès le commencement. Un bain, légèrement aiguisé avec la farine de moutarde, a quelquefois favorisé la sortie et le développement de l'éruption; le vomitif a obtenu aussi parfois le même résultat.

Bains de pied irritants, cataplasmes mitigés autour des jambes, laxatifs légers, surtout quand il se manifeste des signes de congestion vers le cerveau, etc., etc. (Voir au premier chapitre ce qui est dit sur la rougeole.) (1)

Rougeur. Celle de la gorge affecte une teinte vineuse dans la scarlatine. Elle est d'un rouge plus ou moins écarlate dans les autres angines. Cette rougeur ne doit pas toujours être considérée comme un phénomène pathologique chez les très jeunes

---

(1) D'après M. Baron, la rougeole, la scarlatine et la variole se rencontrent assez souvent, chez les enfants, avant l'époque de la première dentition. Dans le traitement de ces maladies, il faut, en général, éviter les évacuations sanguines, à moins de phlegmasies locales assez intenses qui viendraient compliquer ou enrayer l'éruption.

enfants ; elle se manifeste chez eux après des cris violents, ainsi que la rougeur de la langue est produite chez les enfants à la mamelle par la succion.

La rougeur, considérée comme lésion anatomique, disparaît quelquefois après la mort. Pag. 246.

Scarlatine. Pag. 21, 22. Suivant aussi la classification de Willian, adoptée par Bateman, etc., cet exanthème est caractérisé par une efflorescence de couleur framboisée, l'éruption est générale, ou n'atteint que certaines parties du corps, elle commence par des petits points rouges confluents, et du front ou des parties latérales du cou s'étend à la bouche, à la gorge, au tronc, aux membres, se répand, et se présente bientôt sous une teinte uniforme.

Les symptômes précurseurs, comme dans les autres fièvres dites éruptives, sont ici aussi (et abstraction faite de leur inconstance, ou des variétés qu'ils peuvent présenter) les suivants : frissons, céphalalgie, lassitudes, anorexie, vomissements, fièvre, agitation et quelquefois délire, phénomènes convulsifs. Ces symptômes peuvent aussi se continuer pendant la période éruptive.

Après deux ou trois jours, l'éruption a lieu, elle est accompagnée de chaleur vive, de démangeaisons, et presque toujours, chez les enfants, de mal de gorge. La possibilité de l'absence ou de la rencontre de cette angine, la présence ou non de

complications et de troubles généraux plus ou moins graves, ont servi à la distinction des différentes variétés de cette maladie : 1° *scarlatina simplex* ; 2° *scarlatina anginosa* ; 3° *scarlatina maligna*.

Quand l'éruption est complète, est achevée, la langue, recouverte d'une couche muqueuse à travers laquelle pointaient les papilles, se dépouille, devient d'un rouge cramoisi (et cependant un peu violet), et se trouve parsemée de corpuscules brillants, et comme semi-transparents, qui sont dus à la turgescence de ses papilles. Toute la bouche et le pharynx acquièrent, en général, aussi la teinte violacée en question, et la déglutition est plus ou moins douloureuse. A cette époque, la fièvre est intense, la peau brûlante, sèche et aride, et la figure parfois gonflée.

L'éruption commence ordinairement à diminuer vers le cinquième et disparaît vers le septième jour : la desquamation lui succède ; elle a lieu à la figure d'une manière furfuracée ; mais sur le tronc, et surtout sur les membres, elle s'effectue souvent par plaques, et le soulèvement de l'épiderme s'opère par lambeaux quelquefois assez considérables. La desquamation ainsi que la coloration de la langue durent quelquefois assez long-temps.

Cet exanthème est contagieux, et il entraîne souvent à sa suite des épanchements aqueux plus ou moins généraux (pag. 22). L'anasarque consécutive est toujours grave, elle a quelquefois lieu d'une

manière sourde et progressive ; dans d'autres circonstances, elle rêvet une forme et suit une marche que l'on peut appeler aiguë.

Mémorial thérapeutique.

Boissons délayantes, adoucissantes, acidules, eau d'orge, collutoires si l'enfant n'est pas trop jeune.

S'il y a des symptômes cérébraux, cataplasmes sinapisés autour des jambes, sangsues derrière les oreilles, laxatifs légers, combattre également les complications de maladies inflammatoires aiguës par les antiphlogistiques. Les Anglais emploient les lotions d'eau froide et les purgatifs. Ces derniers moyens peuvent fomenter ou allumer des phlegmasies graves du côté du ventre et doivent être rejetés comme dangereux, du moins dans la médecine des enfants. On n'est pas encore, généralement, assez fixé ici sur les effets des lotions et aspersions froides, pour rien décider à leur égard.

Quelques bains généraux sont utiles vers le terme de la période de desquamation. En général, quand cette affection marche sans accidents sérieux, quand elle est simple et suit un cours régulier, il faut s'en tenir au repos du lit et aux boissons délayantes ; se rappeler que Sydenham a dit que cette fièvre éruptive avait été surtout funeste par la trop grande activité du traitement.

On a conseillé, en Allemagne, la belladone comme moyen prophylactique.

L'anasarque, suite de la scarlatine, sera traitée par les stimulants de la peau et des reins, ou par les moyens opposés à la maladie décrite par Bright (1).

Stomatites. Les inflammations de la bouche sont très fréquentes chez les enfants, et surtout vers les époques des dentitions ; on en distingue cinq genres principaux : la stomatite simple, couenneuse, gangreneuse, aphtheuse, et le muguet. Pag. 16, 17, 18, 19.

Mémorial thérapeutique.

Antiphlogistiques ; boissons et gargarismes émollients, boissons acidulées ; lotions ou collutoires résolutifs et astringents, tels que décoctions de pepins de coin, de feuilles de ronce, d'orge mondée, avec addition de sirop de mûres ou de miel rosat ; avec l'alun, la liqueur de Labarraque ; cautérisation avec le nitrate d'argent ; toucher les plaques et les exulcérations avec un mélange de parties égales de miel et d'acide hydrochlorique. En cas de gangrène, boissons acidulées, collu-

---

(1) Les lotions et affusions froides qui ont été employées quelquefois, dit-on, avec succès dans la scarlatine, ne sont point des moyens goûtés par M. Baron. Il lui a toujours paru que l'on courrait de grands risques en les employant. Si le sujet était trop faible pour que la réaction s'opérât, ou si, par toute autre cause, celle-ci n'avait pas lieu, ces moyens seraient certainement funestes. M. Baron ne pense nullement que la belladone soit un préservatif de la scarlatine.

toires avec le quinquina gris, application du fer rouge, etc.

Sudamina. S'observent, chez les enfants, dans beaucoup d'affections fébriles, surtout pendant les chaleurs, et sans que l'on puisse assigner à cette éruption quelque valeur. La desquamation se fait d'une manière circulaire, comme dans l'éruption miliaire de la scarlatine.

Tœnia. Il ne se rencontre pas vers les premières époques de la vie, pag. 4; cependant, comme il s'observe quelquefois vers la puberté ou l'adolescence, nous nous hasardons à rapporter ici deux faits relatifs à la présence de ces hôtes singuliers de nos organes digestifs; observations que précèdent quelques réflexions sur les moyens proposés pour les en chasser.

Le remède de Bourdier, celui de Bresmer, celui même si simple de Rosen (dont le secret était une injection répétée d'eau froide)..., tous ces moyens, et bien d'autres encore, ont tour à tour revendiqué de nombreux succès et obtenu la vogue. C'est à la méthode de Buchanan, qui consiste dans l'emploi de l'écorce de la racine de grenadier, méthode anciennement usitée dans l'Inde, importée et modifiée, en Angleterre, par Breton, prônée surtout par l'Espagnol Gomez, et enfin acclimatée en France seulement dès 1823...; c'est à cette dernière méthode, disons-nous, que maintenant on donne le plus généralement la préférence. Combattre les éloges qu'on en fait serait, en quelque sorte, de notre

part, une contradiction ou une ingratitude, quand le double cas de réussite que nous publions vient de nouveau témoigner de son efficacité. Telle n'est pas non plus notre pensée. Mais les louanges exagérées, aussi bien que le blâme absolu, compromettent souvent les meilleures choses! Et c'est tendre également à la dépréciation de la substance anthelmintique dont il est question, que de prôner son infaillibilité à toute dose et dans toutes les circonstances, aussi bien que de voter son exclusion de la matière médicale par suite de quelque insuccès; car il en est et de bien avérés : nous-même nous pourrions en citer. (Ce cas est relatif à une jeune femme chez laquelle avait déjà échoué la formule de Bourdier, et qui, fatiguée de ces vaines tentatives, refusa, du reste, de se soumettre à un troisième traitement.)

L'écorce de racine de grenadier, soit en poudre, soit en décoction, administrée contre le tænia, peut, en effet, échouer; mais ces cas sont les plus rares et tiennent, parfois, à quelque vice, soit dans la dose, soit dans le mode d'administration du remède. Prescrit en trop faible quantité, il reste sans effet; à dose trop forte, il semble concentrer son action sur les organes digestifs qu'il irrite, et dont il est trop promptement expulsé. Demi-once, en deux fois, d'écorce de racine fraîche de grenadier est trop peu, demi-livre est trop. L'une de ces prescriptions appartient aux praticiens qui ont trop de foi en la vertu de cette substance; l'autre à ceux qui doutent incessamment de sa puissance.

Le recours aux purgatifs, après l'usage, pendant deux jours, de la boisson indiquée, est proscrit ou regardé, pour le moins, comme inutile par quelques médecins, notamment par M. Mérat, qui a publié un ouvrage sur le sujet qui fait aussi l'objet de cet article. Ce recours nous paraît même indispensable en quelques circonstances : les deux observations que nous allons citer peuvent en fournir une nouvelle preuve. La décoction de racine fraîche de grenadier, deux onces, avait été, en effet, administrée en vain deux jours de suite, dans les deux cas, et ce n'est qu'à la suite de purgatifs qu'a eu lieu l'expulsion de tænias, dont l'un, que nous avons vu presque incontinent après sa sortie, témoignait encore de la vie par son frémissement.

Qui peut affirmer que l'impression produite par le remède sur le ver n'eût fini par se dissiper, et que, par suite, ce dernier n'eût continué de vivre? Certains cas d'insuccès autorisent, d'ailleurs, à le penser, ou du moins donnent la plus grande vraisemblance à ces présomptions.

L'un des individus, qui fait le sujet de nos observations, nommé Piétry, garde municipal, âgé de vingt-neuf ans, et Corse, rendait des cucurbitains depuis huit ans, et n'avait jamais éprouvé de dérangement notable dans l'état de sa santé, par suite de la présence du tænia. Celui-ci, expulsé, pouvait avoir de quinze à dix-huit pieds de long, et nous a semblé plutôt appartenir à l'espèce désignée sous les noms de *tænia lata*,

non armé, bothriocephalus latus de Bremzer, qu'à celle dite *armée, tænia solium*, cucurbitain. A ce propos, il convient de faire, de nouveau, remarquer ici que le militaire qui le logeait était Corse; car, au dire des auteurs, c'est seulement chez les Suisses, les Polonais et les Russes que se trouvent les tænias de cette sorte. Ce garde n'a pas rendu depuis d'autres fragments, ce qui porterait à croire que le ver était bien chez lui solitaire, ce qui n'a pas toujours lieu. Du reste, le défaut de multiplication de ces êtres, même après un laps de temps assez long, peut s'expliquer par l'évacuation successive de leurs dernières articulations chargées d'œufs fécondés.

L'autre individu dont nous avons à nous entretenir, nommé Saviski, Français, âgé de 32 ans, et habitant la province, avait, depuis dix-huit mois, des dégoûts, des nausées, des vomituritions, éprouvait des sensations insolites dans le ventre, etc., le tout entremêlé d'appétits extraordinaires, d'étouffements, de vertiges, de tintements, de bourdonnements d'oreille (surtout dans l'oreille gauche). Il avait, en outre, le teint jaune, flétri; il était triste, maigrissait sensiblement. A la suite de quelques compositions purgatives, il rendit, pour la première fois, il y a environ sept mois, quelques cucurbitains. Dès cette époque, il continua d'en rendre, et, d'après différents conseils, s'ingéra diverses préparations de mousse de Corse et de fougère mâle; le tout sans succès.

En dernier lieu, nous lui prescrivîmes la décoction

de racine fraîche de grenadier; et comme le tænia n'avait pas été chassé vingt-quatre heures après la dernière verrée du remède, nous fîmes prendre un purgatif salin. Un autre jour s'étant écoulé sans résultat, nous conseillâmes, presqu'en désespoir de cause, l'huile douce de ricin à la dose de deux onces, et, eette fois, un *tænia solium* fut rendu par le malade.

Cette absence de phénomènes symptomatiques d'un côté, leur manifestation de l'autre, présentent, dans les faits qu'on vient de lire, un contraste frappant, une singularité remarquable, mais qui n'a point échappé aux remarques des pathologistes; aussi nous abstiendrons-nous de plus amples détails à cet égard.

Tempéraments. Quelques physiologistes ont prétendu à tort que l'enfance ne présentait pas de tempéraments, ou que le tempérament était le même chez tous les enfants, etc. Pag. 30, 31.

Thérapeutique. Les moyens thérapeutiques, à peu de chose près, sont les mêmes chez les enfants que ceux employés chez les adultes. Cependant l'organisation, l'âge, la constitution, et certaines particularités qui en dépendent (précédemment examinées), exigent dans le choix, l'usage et la prescription des divers agents, certaines modifications et changements, qui, pour la plupart, se trouvent indiqués dans la thérapeutique appropriée à chacune des maladies que nous avons traitées dans cet ouvrage : ajoutons et exposons ici, en

quelques mots, que la saignée, que les pertes de sang doivent toujours être très modérées chez les enfants, et calculées, d'ailleurs, sur leur force individuelle; que la médication narcotique ne doit être employée qu'avec beaucoup de circonspection...; qu'il en est encore de même à l'égard de la médication évacuative par les vomitifs et les purgatifs; à l'égard de l'administratien, à l'intérieur, des toniques et excitants. Les irritations et phlegmasies sourdes des organes gastro-intestinaux sont, en effet, très communes au jeune âge : et, d'ailleurs, les enfants sont fréquemment affectés d'éruptions cutanées, qu'il faut prendre garde de répercuter par ces moyens. Il est à remarquer aussi que les irritants externes, que les rubéfiants et vésicants sont très utiles et d'un très heureux effet, en général, dans la médecine, relative à cette première époque de la vie; que les bains, quand ils n'effraient pas, quand ils n'irritent pas les enfants, sont très favorables chez eux dans les affections intestinales, surtout quand elles sont accompagnées de faiblesse; car, contradictoirement aux préjugés répandus dans le monde, ils vivifient, semblent alors ranimer et calment les jeunes malades. Enfin, il est encore quelques précautions à prendre, quelques conditions à observer dans la manière d'administrer et de doser les médicaments. Ainsi, il faut quelquefois entourer de choses qui flattent leur goût, excitent leur gourmandise, les substances que l'on se propose de leur faire avaler; ainsi, on introduit le tartre stibié, le calomel, le soufre, le sulfate de quinine, etc., etc.,

dans des sirops, dans le miel, dans des confitures, des demi-loochs blancs, etc., etc. Ainsi on leur donne des biscuits ou sirops vermifuges; ainsi, nous avons employé, dans des cas où nous les croyions nécessaires et exemptes de danger, de puissantes révulsions et dérivations intestinales, une ou deux gouttes d'huile de croton-tiglium, ajoutées dans un demi-looch blanc, administré par quantités plus ou moins fractionnées.

Quant à la dose des médicaments, on peut la régler ainsi d'après l'âge des malades :

	Soit pour un adulte		1 entier	ou	ʒj
De	21 ans	à 14 ans	2/3	ou	℈jj
	14	7	1/2		ʒß
	7	4	1/3		℈j
A	4		1/4	gr.	xv
	3		1/6		x
	2		1/8		vjjj
	1		1/12		v

Toniques, astringents et opiacés. Leur emploi dans les maladies du ventre peut quelquefois convenir ou réussir. Page 109, 173.

Toux. Elle présente diverses modifications dans les différentes affections inflammatoires des voies aériennes chez les enfants. Pag. 218, 219, 210, 211, 236, 244.

Tubercules pulmonaires. Ils se rencontrent très fréquemment chez les enfants. Pag. 268, 283.

Tuberculeuse. La dégénérescence tuberculeuse

des ganglions bronchiques peut donner lieu à des perforations des bronches, de l'œsophage et même de gros vaisseaux. Pag. 276, 278.

Ulcérations de l'estomac et de l'intestin grêle. Elles sont assez fréquentes chez les enfants du second âge, et celles du petit intestin sont plus communes que celles du gros. Pag. 112.

Ulcéreuse. La phthisie ulcéreuse de Bayle n'est, le plus souvent, qu'une pneumonie lobulaire, terminée par abcès. Pag. 184.

Urticaire. Un des caractères de l'urticaire est de paraître et diparaître sans inconvénients. (Voir pag. 342.)

Variole. Cette inflammation pustuleuse de la peau est contagieuse; elle suit ordinairement un cours régulier, que l'on divise en trois périodes, l'une dite *d'invasion*, l'autre de *suppuration* et la troisième de *dessiccation*, durant environ chacune quatre ou cinq jours; lesquelles périodes sont encore précédées par une époque dite *d'incubation*, qui est le temps qui s'écoule depuis l'infection jusqu'à la manifestation de l'éruption, estimé environ aussi, lui-même, à quatre ou huit jours.

La variole, soit inoculée, soit naturelle, ne parcourt pas toujours régulièrement ces différentes phases, et n'est pas moins irrégulière parfois, aussi, dans sa durée.

Ces modifications diverses ne se rencontrent guère que chez les personnes vaccinées, ou qui déjà ont eu la variole, et forment une variété de maladie désignée sous le nom de *varioloïde*. La *varicelle*

diffère en ce qu'elle n'est pas contagieuse, qu'elle est formée par une éruption éphémère, plus ou moins générale, mais jamais très confluente de *vésicules* transparentes, non déprimées au centre. Ces vésicules deviennent opalines, séro-purulentes et se dessèchent du cinquième au sixième jour.

L'éruption de la variole est souvent laborieuse chez les enfants : la fièvre, l'agitation, les convulsions l'accompagnent souvent. Les petites taches rouges que l'on observe d'abord au début de la variole sur la figure, le cou, la partie antérieure de la poitrine, etc., s'élèvent, deviennent proéminentes, saillantes, convexes, renferment une petite quantité de liquide semi-transparent. Dès les premiers jours de l'éruption, la dépression centrale a lieu; enfin, vers le quatrième jour, ce sont de véritables pustules purulentes et ombiliquées que l'on observe. Nous avons déjà parlé des varioles *discrètes* et *confluentes* et *successivement* confluentes.

Le coryza, l'angine et la bronchite sont des complications très fréquentes et très ordinaires de ces affections; elles sont presque inévitables par le fait de l'extension de la phlegmasie pustuleuse vers ces différentes régions. Du huitième au dixième jour, la dessiccation commence, et c'est par le centre des pustules et par celles de la face qu'elle a d'abord lieu. Après la chute des croûtes, il reste des taches rouges, qui persistent pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, et sont remplacées par une petite cicatrice, une excavation inégale, raboteuse et légère; cicatrices et coutures qui finissent par

acquérir une teinte plus blanche que les parties voisines et intactes de la peau. Ce sont particulièrement les traces que la variole imprime sur la figure qui sont indélébiles.

Les pustules de l'intérieur de la bouche offrent quelquefois la dépression centrale ; mais elles ne se terminent presque jamais par suppuration. Les pustules des membranes muqueuses, en général, ne présentent pas de dépression centrale et ne renferment pas de liquide ; elles se terminent par résolution, quelquefois par ulcération.

La variole occasione parfois des ophthalmies qui se terminent par le ramollissement de la cornée, l'altération des humeurs de l'œil et la perte de la vue. L'hypérémie et l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire sous-dermoïde de la tête, et qui produisent la turgescence, le gonflement et la déformation de la figure, peuvent aussi s'étendre profondément, atteindre, entre autres parties, l'articulation temporo-maxillaire, et donner lieu à la soudure de cette arthrodie, à l'ankylose de la mâchoire. Les bulles que l'on remarque, surtout dans la variole confluente, n'appartiennent pas au pemphigus, mais sont dues à la réunion de plusieurs pustules varioliques. Ces bulles ont été, ce nous semble, sans trop de raison, considérées par quelques auteurs comme un symptôme ou une sorte de présage fâcheux, si ce n'est par ces motifs que c'est dans les varioles confluentes qu'on les remarque surtout.

Mémorial thérapeutique (1).

Boissons adoucissantes, acidulées; gargarismes, collutoires émollients ; antiphlogistiques généraux et locaux; vomitifs, surtout au début et quand l'éruption se fait mal; vésicatoires aux extrémités inférieures ; calomel. Dans la période de dessiccation, recouvrir les pustules et les ulcérations d'amidon en poudre; prophylaxie, vaccine.

Vers intestinaux. On a toujours fait jouer à leur présence un rôle trop important dans les maladies des enfants. Pag. 4, 5, etc.

Vomissement. Il n'a pas toujours nécessairement lieu, chez les enfants, dans la gastrite. Pag. 138. Ils sont encore moins pathognomoniques, chez eux, dans l'association de cette phlegmasie avec celle du petit et du gros intestin. Les vomissements sympathiques sont très fréquents chez les enfants. Pag. 60, 134.

---

(1) Voir le traitement indiqué à l'article *Rougeole.*

CHAPITRE VIII.

Observations cliniques et Autopsies cadavériques.

PREMIÈRE OBSERVATION.

(*Salle Saint-Augustin*, n° 17.)

Coqueluche.

Chéry (Joseph), âgé de six ans et demi, malade chez ses parents, depuis trois semaines, succomba treize jours après son entrée à l'hôpital des Enfants. Il avait la diarrhée depuis quinze jours; de l'anasarque s'était manifestée depuis cinq. Les principaux symptômes observés furent les suivants : Pouls, 116 pulsations par minute; peau chaude; toux par quintes, fréquentes, suivies d'inspirations bruyantes et d'expectoration de liquide spumeux; râle des deux côtés; percussion également sonore; respiration fréquente; diarrhée médiocre; langue rose, soif; sensibilité seulement vers la région épigastrique.

Autopsie cadavérique.

Ganglions bronchiques, d'un rouge foncé, assez développés; muqueuse des bronches principales et de la trachée pâle; celle des ramifications bronchiques est violacée. Ces tuyaux ne sont nullement dilatés, et contiennent beaucoup de mucosités jaunes, épaisses, purulentes. Les poumons, et surtout le droit, présentent quelques traces de pneumonies partielles. Les nerfs pneumogastriques, examinés avec soin, paraissent parfaitement sains.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Coqueluche.

Meunier (Henri), âgé de quatre ans, malade depuis quatorze jours quand il entra à l'hôpital des Enfants, y succomba vingt-neuf jours après. Il présenta, pendant tous le cours de sa maladie, les symptômes ordinaires de la coqueluche. La poitrine était, du reste, également sonore des deux côtés, et l'on entendit, à diverses reprises, différentes espèces de râles (crépitant, muqueux, ronflant). Pouls, 116 pulsations.

Un demi-verre de sérosité roussâtre existait dans chaque plèvre.

Quelques ramifications bronchiques étaient dilatées, et la membrane muqueuse des voies aériennes était généralement pâle. Les nerfs pneumogastriques sans traces de coloration ou de quelque

autre modification pathologique appréciable. Les deux poumons contenaient aussi des traces de pneumonie lobulaire.

TROISIÈME OBSERVATION.

Coqueluche.

Un enfant, âgé de deux ans, placé au n° 8 de la salle Saint-Jean de l'hôpital des Enfants, mort aussi après quatorze jours de maladie, et des suites d'une coqueluche compliquée de pneumonie, ne présenta, non plus, à l'autopsie, aucune altération appréciable des nerfs pneumogastriques. La membrane muqueuse de la trachée et des bronches était exempte de toute rougeur, et les divisions bronchiques contenaient une quantité notable de liquide filant, écumeux; elles n'étaient, du reste, nullement dilatées. Les poumons présentaient des traces multipliées de phlogose.

QUATRIÈME OBSERVATION.

(*Salle Saint-Louis, n°* 18.)

Coqueluche.

Guersault (Eugénie), entrée à l'hôpital des Enfants le 3 juillet 1826 ou 27, et morte le 5 septembre suivant, était affectée de pneumonie et de coqueluche. Expectoration et vomituritions muqueuses, toux par quintes avec inspiration sifflante, fièvre.

Autopsie cadavérique.

Nerfs pneumogastriques sains; membrane muqueuse des voies aériennes pâle, excepté vers les ramuscules bronchiques, où elle présente une légère teinte violacée; ganglions bronchiques rougeâtres développés; quelques adhérences pleurales anciennes. La partie antérieure du lobe moyen est comme rénifiée dans l'étendue d'un pouce et demi; le tissu est flasque, dense, résistant, et se précipite au fond de l'eau; le lobe supérieur est sain, l'inférieur contient une portion d'une étendue d'un pouce et d'une épaisseur de trois lignes, grisâtre, flasque, assez friable; le lobe supérieur du poumon gauche présente aussi, et à peu près dans la même étendue, une altération semblable à celle rencontrée dans le lobe moyen droit; et vers la surface diaphragmatique du lobe inférieur gauche, une portion de deux pouces d'étendue et d'un demi-pouce d'épaisseur est d'un rouge-gris, molle, et contient beaucoup de mucus purulent que la pression fait sortir. Les divisions bronchiques qui se ramifient dans les parties du tissu pulmonaire phlogosé sont remplies de mucus purulent. La trachée et ses divisions principales contiennent des mucosités écumeuses.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Laryngo-trachéite pseudo-membraneuse.

Le nommé Vital (Charles-Louis) fut admis,

le 12 janvier 1827, à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Jean, n° 36, âgé de quatorze ans. Il jouissait habituellement d'une bonne santé. L'invasion de la maladie remontait au 7 du même mois. A la suite d'un refroidissement, de la toux et un léger mal de gorge s'étaient manifestés.

Le 8, augmentation de la fréquence de la toux et de l'intensité du mal de gorge, expectoration abondante de crachats blancs; oppression, étouffements, figure rouge, vultueuse à la suite des quintes de toux. Les deux dernières nuits qui précédèrent son entrée à l'hôpital, il fut réveillé tout à coup par le besoin impérieux de tousser et par l'oppression. La toux est rauque, et sa mère la compare à un son de pot fêlé. Céphalalgie, déglutition difficile, expuition, dans la nuit du 11, d'une fausse membrane d'un pouce de long et d'un demi de largeur.

Le 12 janvier, les symptôme suivants furent constatés : Pouls très fréquent, peau chaude, figure pâle, douleur à la gorge, voix éteinte; rougeur au pharynx; fausse membrane sur l'amygdale gauche; toux offrant le caractère particulier qu'on lui connaît; respiration sifflante.

Le 13, toujours douleur à la gorge; expectoration d'une fausse membrane lisse, épaisse, blanche, présentant quelques stries rouges sur l'une de ses faces; pouls, 120 pulsations; voix éteinte, respiration sifflante, respiration plus faible en arrière à droite, et poitrine moins sonore vers ce point. Les ganglions sous les angles des

mâchoires sont gonflés ; les amygdales, rouges et tuméfiées ainsi que la luette, sont par ci par là recouvertes de petites plaques couenneuses ; douleur à la partie antérieure du cou ; toux aiguë, sonore, aigre. Insomnie la nuit, mais pas d'agitation extraordinaire et pas de symptômes nerveux, comme on en observe chez les jeunes enfants affectés de croup.

Mort sans agonie le 14 janvier, à cinq heures.

Autopsie le 15 janvier.

Larynx, bouche et pharynx : Plusieurs plaques couenneuses existent sur les parties internes des amygdales, qui, postérieurement, sont recouvertes de fausses membranes épaisses. Le pharynx et l'ouverture supérieure de la glotte sont d'un rouge violacé et parsemés de petites plaques pseudo-membraneuses. Plusieurs flocons membraneux existent pareillement sur les cartilages cricoïde, arythénoïde et épiglottique ; elles sont réunies en forme d'anneau à la hauteur du cartilage cricoïde. Les membranes sont très adhérentes et passent sur les ventricules latéraux du larynx ; de là elles s'étendent sur la partie droite de la trachée et descendent jusque vers la bifurcation des bronches, et s'y terminent en languette. La membrane muqueuse de la trachée et des bronches principales est d'un rouge violacé et piqueté ; ces dernières contiennent un mucus jaunâtre, gélatineux et presque membraniforme. Les divisions secondaires des bronches ne présentent rien de

semblable et paraissent, au contraire, saines ; les deux poumons sont gorgés de sang, mais cependant crépitants. La fausse membrane, dont nous avons parlé, lisse à sa surface, libre, était un peu rugueuse, et offrait quelques stries rouges à sa surface adhérente ; elle était d'autant moins ferme et résistante qu'elle s'approchait de la bifurcation des bronches, où elle était assez molle.

A l'exception des organes digestifs qui offraient quelques rougeurs, quelques traces d'irritation selon toute apparence provoquée par l'administration à l'intérieur à assez fortes doses et répétée du calomel, les autres organes ne présentaient rien de remarquable.

SIXIÈME OBSERVATION.

Péritonite tuberculeuse. — Carreau (tubercules bronchiques, pulmonaires , mésentériques et rénaux).

Renevé (Jean-Baptiste), âgé de quatorze ans, fut admis le 22 février 1826 ou 27, à l'hôpital des Enfants. Il toussait depuis huit mois, était malade depuis huit jours, avait de la diarrhée depuis quatre ou cinq. Pouls, 116 pulsations par minute ; ventre non douloureux ; toux ; poitrine moins sonore à gauche.

Le 28, sans cause appréciable, vomissements de matières verdâtres ; langue rose ; ventre ballonné, sonore, très douloureux à la plus légère pression ; deux selles liquides ; peau chaude ; pouls fréquent (112 pulsations), peu résistant ; figure pâle, altérée. Les mêmes accidents continuèrent

les jours suivants. Plaintes continuelles; mêmes vomissements verdâtres; nausées continuelles; mélæna.

Mort le 3 mars, à deux heures.

Autopsie.

Ganglions interbronchiques très volumineux, d'un blanc homogène, tuberculeux, formant une masse du volume d'un œuf d'oie; adhérences pleurales anciennes à droite. Poumons crépitants, quoique gorgés de sang; ils sont comme farcis de granulations et contiennent, en outre, quelques tubercules ordinaires à l'état de crudité. Liquide séro-purulent épanché dans la cavité abdominale; cloisons et adhérences pseudo-membraneuses; exsudations jaunes, membraniformes, sur le feuillet viscéral du péritoine; ganglions mésentériques, une vingtaine sont tuberculeux. Autour du pancréas, il existe une masse énorme de tubercules qui recouvre les gros vaisseaux. On rencontre, en outre, dans les reins trois ou quatre tubercules du volume d'une lentille. La membrane muqueuse intestinale est parsemée de quelques points noirs (orifices des follicules); elle est généralement décolorée, excepté dans le rectum et quelques points du colon où sa couleur est d'un rouge-violet. Il existe une ulcération dans le rectum.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Péritonite tuberculeuse. — Perforation.

Diamourt (Jean), âgé de deux ans, entra, le 7 fé-

vrier 1827, à l'hôpital des Enfants. Il était malade depuis cinq semaines. Toux fréquente, surtout depuis cinq ou six jours ; perte d'appétit ; diarrhée et plus abondante depuis aussi environ cinq jours ; ventre gros, ballonné depuis un mois ; huit selles par jour ; langue blanche, ventre sensible, douloureux à la pression ; pas de vomissements ; pouls, 112 pulsations par minute ; agitation, insomnie. Nulle autre modification importante n'eut lieu dans les principaux symptômes indiqués jusqu'au 27, époque à laquelle la mort arriva.

Autopsie le 28 février.

Membrane muqueuse des voies aériennes pâle ; ganglions pré et interbronchiques à droite, développés et rouges ; quelques uns contiennent de la matière tuberculeuse ; plèvres saines ; poumons contenant quelques traces de phlegmasie arrivée au deuxième degré ; mais pas de tubercules.

Cavité abdominale : Adhérences du colon transverse de l'intestin grêle et de l'épiploon à la paroi antérieure du ventre ; les circonvolutions intestinales adhèrent entre elles. Toute la surface du péritoine est parsemée de granulations jaunes, opalines, offrant quelques points rouges, lisses, et paraissant placées au dessous de la surface libre du péritoine ; leur volume est comparable à celui d'une lentille ou de la moitié d'une lentille ; leur situation sous la membrane séreuse est évidente sur les intestins, où l'on détache aisément cette dernière. Quelques uns de ces corpuscules font saillie à la face interne des intes-

tins. En trois ou quatre endroits même la membrane muqueuse est perforée, et il existe autant d'ulcérations lenticulaires. Des granulations existent également sur les parois abdominales et la surface des intestins ; on les rencontre même sur le méso-colon, le méso-rectum : quelques unes, sept à huit, sont ramollies au centre (la portion ramollie est d'un jaune-verdâtre). Du reste, l'estomac et les intestins ne présentent pas d'autres traces de lésions.

HUITIÈME OBSERVATION.

Péritonite tuberculeuse. — Perforations intestinales.

Entra, le 19 février 1826 ou 27, à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Jean, n° 32, le nommé Voisaubat (Amand-Pacifique), âgé de cinq ans et demi. Il était malade depuis deux mois, avait le ventre gros depuis un an, de la diarrhée depuis deux mois. Cet enfant était très faible et très maigre. Les symptômes principaux qu'il présenta pendant son séjour à l'hôpital furent les suivants : Beaucoup de fièvre ; langue rouge, ventre très douloureux, ballonné et donnant un son mat. Toux assez fréquente, un peu de râle à droite ; nul changement dans l'intensité des symptômes jusqu'au 22 mars, époque où la mort survint.

Autopsie cadavérique.

Thorax : Adhérences celluleuses anciennes des deux côtés ; poumons contenant quelques traces de phlegmasies, et plusieurs tubercules de la

grosseur d'un pois, encore à l'état de crudité, mais néanmoins tendant évidemment vers leur centre au ramollissement. Ganglions pré et interbronchiques droits assez volumineux, et ramollis au centre.

Abdomen : Cinq à six pintes d'un liquide fétide, trouble, floconneux et jaunâtre se trouvent épanchées dans la cavité du péritoine ; les parois abdominales sont recouvertes d'une multitude de granulations jaunes, opaques ; les intestins n'adhèrent pas aux parois du ventre, mais sont réunis entre eux au moyen d'adhérences difficiles à déchirer.

Sur toute la surface externe de l'intestin grêle et du gros intestin se rencontrent aussi des granulations multiples, jaunâtres et opaques, faisant saillie çà et là à la surface interne de l'intestin grêle; en plusieurs points, la membrane muqueuse semble avoir été perforée de dehors en dedans ; ces granulations, en général, ne paraissent pas ramollies. Il n'existe, d'ailleurs, nulle part, rien autre chose de remarquable.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Tubercules dans la plupart des organes.

Wegau (Charles), âgé de cinq ans, malade depuis quatre mois, présenta, le 19 février 1827, les symptômes suivants : Toux, douleur en avant du sternum, perte d'appétit, coliques, épreintes, un peu de diarrhée; gêne de la respiration ; toux fréquente; pouls fréquent, petit.

Le 20, aux symptômes précédents s'ajoutèrent ceux-ci : Langue rose, ventre tendu, douloureux ; un peu de râle en avant à gauche, et peu d'expansions pulmonaires ; oppression.

Le 25, criailleries continuelles ; plus de réponse quand on questionne le malade ; anxiété.

Mort le 28.

Autopsie cadavérique.

Tête : Vaisseaux de la superficie du cerveau injectés ; pie-mère infiltrée de sérosité transparente ; la face latérale de l'hémisphère gauche, surtout en arrière, présente une foule de granulations de la grosseur d'une lentille et d'une couleur gris-jaunâtre ; elles paraissent exister dans le tissu de la pie-mère, font surtout saillie à sa surface adhérente ; la substance cérébrale n'en paraît pas altérée.

Poitrine : Ganglions bronchiques et interbronchiques volumineux et tuberculeux. Poumons contenant, soit des tubercules, soit des cavernes, soit des traces de phlogose (hépatisations). Adhérences des plèvres costales et pulmonaires. Quelques granulations.

Ventre : Ganglions mésentériques gros, tuberculeux en partie. Deux ulcérations dans l'estomac ; ulcérations des glandes de Peyer vers la fin du jéjunum ; foie gras, quelques tubercules miliaires au centre ; rate petite, dense, présentant aussi quelques tubercules miliaires.

DIXIÈME OBSERVATION.

Tubercules dans les fibres charnues du cœur.

B*** (Jules), âgé de quatre ans, entra, le 12 mars 1827, à l'hôpital des Enfants. Il était malade depuis un mois, avait les glandes cervicales engorgées, des croûtes à la tête et une otorrhée à gauche. Il se manifesta de la toux le 20 du même mois; le malade avait alors de la fièvre. Pouls, 120 pulsations par minute ; peau chaude ; un peu de râle peu caractérisé à gauche ; diarrhée (matières des déjections verdâtres); ventre sensible à la pression; langue pâle à sa base ; insomnie, agitation. Ces symptômes persistèrent jusque vers le milieu du mois suivant.

Le 16 avril, la figure était pâle, altérée, le pouls petit, faible et fréquent, la peau sèche et chaude, le ventre très douloureux à la pression et la diarrhée très abondante ; la toux était petite et sèche ; enfin, les derniers jours, des symptômes cérébraux se manifestèrent, et le malade succomba le 20 avril.

Autopsie cadavérique le 21 avril.

Maigreur extrême; méninges humides ; vaisseaux de la superficie cérébrale assez gorgés de sang. Rien autre chose de remarquable du côté de la tête.

Thorax : Muqueuse des voies aériennes un peu rouge, mais seulement dans les intervalles des cerceaux cartilagineux de la trachée; un peu de mucus spumeux dans les ramifications bronchi-

ques ; ganglions bronchiques volumineux et tuberculeux, mais rouges à l'extérieur.

Côté gauche : Épanchement d'environ six onces d'un liquide trouble et floconneux. Des fausses membranes adhèrent aux deux surfaces pleurales; toute la surface de la plèvre costale est rouge foncé. Dans le lobe inférieur du poumon gauche existe une portion rénifiée, et au centre une excavation capable de contenir un œuf de poule. Cette caverne communique avec les bronches, et ses parois sont indurées et infiltrées; la partie inférieure du même lobe renferme quelques tubercules à l'état cru. Le tiers inférieur du lobe supérieur du même poumon est hépatisé. Le poumon droit contient seulement quelques traces de phlegmasie vers le tiers inférieur de son lobe supérieur et la partie médiane de son lobe moyen; une caverne très petite se trouve au centre de la portion altérée du lobe supérieur. La plèvre de ce côté est saine. Cœur, volume ordinaire ; un peu de sérosité transparente dans le péricarde; surface interne des gros vaisseaux pâle. A la surface interne du ventricule gauche se remarque un point gros comme la tête de deux épingles, d'un jaune pâle, luisant, confondu avec le tissu du cœur, et faisant saillie en dedans de sa cavité ventriculaire; un autre point semblable se rencontre dans l'épaisseur des parois de ce viscère ; ces corpuscules offrent, sous tous les rapports, l'aspect des tubercules miliaires.

Abdomen : Ganglions mésentériques pâles, peu développés, non tuberculeux.

Estomac : Ridé; coloration gris-pâle; développement des follicules sans rougeur.

Intestin grêle : Muqueuse pâle; plaques de Peyer développées et pâles.

Gros intestin : Un peu de rougeur sur les rides; consistance et épaisseur naturelle de la muqueuse; enduit de mucus jaune sur toute la surface interne du canal intestinal; deux ou trois tubercules dans le foie.

Rien autre chose de remarquable.

ONZIÈME OBSERVATION.

(*Salle Saint-Jean*, n° 25.)

Diathèse tuberculeuse.

Éluvin (Benoît), âgé de sept ans, entré le 28 mars 1827, mort le 11 avril suivant, était malade depuis trois mois et demi, lors de son entrée à l'hôpital des Enfants. Symptômes principaux : Pouls, 112 pulsations par minute, faible; figure pâle, bouffie; toux fréquente, vomissements après la toux; douleur au côté droit; râle muqueux et crépitant à droite; peau sèche; toux fréquente profonde; un peu de diarrhée.

Autopsie cadavérique.

Thorax : Quelques rougeurs sur les divisions des bronches; mucus blanc et peu abondant dans les bronches principales; ganglions bronchiques gros, tuberculeux. Les poumons sont comme farcis de tubercules crus et de granulations; ils contiennent, en outre, plusieurs traces de pneumo-

nie plus ou moins circonscrite. Quelques tubercules pulmonaires sont agglomérés de façon à produire, dans un endroit, le volume d'un œuf de poule. Adhérences pleurales récentes.

Abdomen : Quelques rougeurs sur les rides de la membrane muqueuse gastro-intestinale; plusieurs glandes mésentériques sont tuberculeuses; trois ou quatre plaques de Peyer sont ulcérées; le foie est d'un rouge foncé et sans distinction des deux substances; il contient beaucoup de tubercules du volume d'un pois, dont quelques uns même sont ramollis. La rate, dense, assez volumineuse, contient aussi beaucoup de tubercules; plusieurs sont en voie de ramollissement. Les reins renferment pareillement, dans leur substance corticale, nombre de tubercules du volume environ d'une demi-lentille.

DOUZIÈME OBSERVATION.

Bronchite occupant les dernières ramifications des bronches.

Guilmain (Louis), âgé de trois ans, sujet à s'enrhumer, succomba à l'hôpital, après quinze jours de maladie. Le catarrhe pulmonaire, qui accompagna la rougeole qui l'alita, devint l'affection principale. Les symptômes les plus remarquables furent les suivants : Toux fréquente, beaucoup d'oppression, agitation, insomnie; pouls, 128 pulsations par minute, résistant et dur; nausées après la toux; râle crépitant et râle muqueux à droite; 48 inspirations par minute; le

nombre des inspirations s'éleva, plus tard, jusqu'à 68 dans le même espace de temps; pouls, 120 pulsations; râle sous-crépitant à droite.

Autopsie cadavérique.

Muqueuse des voies aériennes généralement pâle; ganglions interbronchiques développés et rouges; bord postérieur des poumons engoué, mais cadavériquement; les ramifications bronchiques laissent suinter, quand on les presse, du mucus purulent en médiocre abondance; elles ne paraissent pas dilatées.

Rien, d'ailleurs, de remarquable dans les autres organes.

TREIZIÈME OBSERVATION.

Bronchite capillaire terminée par suppuration.

P*** (Auguste), âgé de deux ans et demi. Durée de la maladie, trente-huit jours. Symptômes principaux, modifications qu'ils ont présentées; complications : Toux fréquente et par quintes, plus fréquente et plus forte la nuit; fièvre; un peu de diarrhée; glandes engorgées au cou. Au bout d'un mois de maladie avec alternative de mieux et de plus mal, éruption de rougeole; peau chaude, sèche; pouls très fréquent, 120 pulsations par minute; toux sèche, par quintes; plus de diarrhée; râle sous-crépitant en arrière, pas de sifflement bronchial; le râle est plus étendu à droite, et s'entend aussi sous l'aisselle du même côté; langue rose, humide; pas de douleur au

ventre, pas de selles. Pouls, 132 pulsations; oppression, respiration fréquente; toux petite, sèche et par quintes, agitation, insomnie. La percussion du thorax paraît toujours également sonore; râle crépitant des deux côtés. Mort.

Autopsie cadavérique.

Adhérences celluleuses dans divers points de la cavité thoracique et des deux côtés; pas d'épanment. Les dernières ramifications des bronches contiennent un mucus puriforme et spumeux. En incisant le tissu pulmonaire et surtout en en pressant les tranches, on voit suinter des gouttelettes nombreuses de pus blanc-jaunâtre de toutes les ouvertures et cellules bronchiques qui en semblent remplies et comme distendues. Du reste, la membrane muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches, aussi loin que l'on peut suivre cette dernière, ne présente pas de coloration rouge, ne semble nullement injectée. Les ganglions bronchiques sont rouges et développés, surtout à droite. Quelques portions de l'un et l'autre poumon sont plus ou moins engouées. L'inflammation semble, des extrémités des bronches, avoir commencé à gagner le tissu vésiculaire. Cœur, état normal.

Estomac et intestins : Annexes des organes digestifs n'offrant rien de remarquable.

Cerveau : Consistance et coloration naturelles.

QUATORZIÈME OBSERVATION.

Bronchite et bronchite capillaire.

Chez un jeune enfant âgé de deux ans et demi, et qui succomba au bout d'un mois environ aux suites d'une méningo-encéphalite et d'une bronchite capillaire, voici les principaux symptômes qui furent observés : Convulsions, sensibilité et motilité intègres dans les intervalles; dilatation des pupilles, assoupissement continuel; pouls très fréquent, 120 pulsations par minute; peau chaude, toux, criailleries; râle crépitant en arrière dans tout le côté droit de la poitrine, oppression; quelques vomissements au début; un peu de diarrhée; amaigrissement progressif, altération de la face. Mort.

Autopsie cadavérique.

Traces évidentes d'injection du côté des membranes et de la substance du cerveau.

Thorax : Plèvres saines; ganglions bronchiques et interbronchiques peu développés et violacés; muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches uniformément colorée en rouge-brun. Les deux poumons sont parfaitement crépitants et n'offrent même pas de traces d'engouement.

QUATORZIÈME OBSERVATION *bis*.

Bronchite.

Chez un enfant âgé de deux ans et huit mois, et qui succomba aussi un peu plus d'un mois après l'invasion de la maladie, furent rencontrés, par

nous, les principaux symptômes et altérations organiques suivants : Toux fréquente, oppression considérable; peau chaude; pouls fréquent, 132 pulsations par minute; 60 inspirations dans le même temps; râle crépitant des deux côtés, surtout en arrière.

Autopsie cadavérique.

Thorax : Rétréci, déprimé sur les côtés; rachis bien conformé; ganglions bronchiques rouges assez développés; muqueuse de la trachée pâle; teinte vineuse de celle des bronches, et surtout des ramuscules bronchiques; poumons crépitants, un peu engoués cadavériquement en arrière.

QUINZIEME OBSERVATION.

Pneumonie chronique. — Dilatation et épaississement des bronches.

Lagarin (François), âgé de trois ans, entra le 10 mars et mourut le 28 du même mois, à l'hôpital des Enfants. Il toussait depuis un an, et avait de l'oppression; il était plus malade depuis quinze jours, lorsqu'il entra à l'hôpital. Toux fréquente, aiguë; pouls, 128 pulsations par minute; chaleur de la peau naturelle; râle muqueux des deux côtés.

Le 13, éruption de rougeole, phlébite au bras droit.

Le 22, engorgement phlegmoneux du bras, abcès; toux fréquente, quinteuse; quelques nausées.

Autopsie cadavérique le 29.

Organes digestifs : Estomac et intestins, rien de remarquable ; foie contenant cinq à six tubercules ; un peu de sérosité dans le péricarde ; substance cérébrale décolorée ; vaisseaux de la superficie du cerveau non injectés ; muqueuse des voies aériennes pâle ; ganglions bronchiques droits très volumineux (volume d'une grosse noix), plusieurs formant un kyste à la matière tuberculeuse ramollie ; poumon droit en partie enveloppé d'adhérences, et pseudo-membranes anciennes. Le tiers inférieur du lobe supérieur, le tiers antérieur du lobe moyen et le quart antérieur du lobe inférieur adhèrent entre eux ; leur densité (celle des parties ainsi réunies) est assez grande ; le tissu est comme froncé ; en l'incisant, l'aspect est lisse, luisant, grisâtre, et parsemé d'intersections cellulo-fibreuses. Les bronches qui traversent les portions du poumon, ainsi altérées, sont épaissies sensiblement et dilatées. Le reste de ce poumon paraît sain et crépitant, ainsi que le poumon gauche, qui ne paraît avoir subi un travail phlegmasique récent que vers le tiers inférieur et postérieur de son lobe inférieur.

SEIZIÈME OBSERVATION.

Fille âgée de treize ans et demi. — Céphalalgie. — Nausées. — Vomissements. — Pouls, 64 pulsations par minute. — Chaleur de la peau naturelle. — Respiration inégale, suspirieuse. — Roulement des globes oculaires. — Oscillation des pupilles. — Torpeur ; assoupissement.

— Mutité. — Délire; agitation. — Pouls vif, fréquent. — Somnolence alternant avec des convulsions.

Pas d'épanchement dans les ventricules. — Infiltration purulente en arrière des nerfs optiques et dans les scissures de Sylvius, se prolongeant entre les deux hémisphères. — Aplatissement des circonvolutions. — Parties centrales fermes, intactes.

Lecomte (Aglaé), âgée de treize ans et demi, entra le 15 septembre à l'hôpital des Enfants.

Le 10 du même mois, elle avait eu beaucoup de frayeur et de chagrin à la suite de mauvais traitements, dont elle avait été l'objet, de la part de ses parents. Depuis lors, elle avait éprouvé de la fièvre, n'avait plus de sommeil, était tourmentée par des vomissements et des envies de vomir, et ressentait des maux de tête.

Le 15, jour de son admission à l'hôpital, son pouls ne battait que 64 fois par minute; la chaleur de la peau était naturelle; sa sensibilité était obtuse; la malade se soutenait assise sur son séant, en penchant pourtant son corps à droite; la respiration était naturelle; les pupilles point dilatées; la malade avait rendu une selle. A ces symptômes, jusqu'au 16 et au 17 inclusivement, se joignirent la fétidité de l'haleine, la pâleur de la face, une sorte de mutité.

Les jours suivants, jusqu'au 23, respiration inégale suspirieuse; roulement du globe de l'œil en divers sens; resserrement et dilatation alternative des pupilles; air de stupidité et d'hébétude; sorte de torpeur des facultés intellectuelles; inertie des fonctions sensoriales et locomotrices; assou-

pissement comateux alternant avec un état d'abattement, pendant lequel la malade semble, parfois, reprendre connaissance ; évacuations involontaires.

Le 23, délire, agitation; rougeur de la face; pouls vif, fréquent; soif; pas de vomissement.

Le 24, état de somnolence alternant avec des mouvements convulsifs. Pendant les convulsions, le visage devenait rouge, vultueux, gonflé; les conjonctives étaient injectées, surtout la gauche; les yeux dirigés à gauche, fixes et insensibles à l'action de la lumière; les muscles de la face étaient agités de mouvements convulsifs; la bouche se remplissait d'écume; la respiration se faisait d'une manière pénible et comme incomplète; chaque moitié longitudinale du corps se roidissait et se relâchait alternativement; le pouls battait environ 112 fois par minute. A ces crises succédait un état comateux, pendant lequel on observait la résolution complète des membres et une sorte d'abolition des fonctions de relation. Cette succession alternative de phénomènes morbides si opposés se répéta fréquemment et se termina par la mort.

Autopsie cadavérique.

Les circonvolutions cérébrales étaient déprimées, aplaties; les vaisseaux superficiels peu injectés; les membranes de la convexité, ni sèches, ni épaissies, n'offraient, enfin, rien de particulier. Il existait quelques adhérences vers la partie inférieure de la grande scissure cérébrale. La subs-

tance des deux hémisphères, tant sous le rapport de la coloration que de la consistance, ne présentait rien d'extraordinaire. (Sont comprises dans cette remarque les parties centrales du cerveau, c'est à dire les parois ventriculaires latérales, la cloison, le trigone, etc.) Les ventricules cérébraux ne contenaient point de sérosité; ils n'étaient qu'humides. Au devant de la commissure des nerfs optiques, le tissu sous-arachnoïdien était infiltré d'un liquide demi-concret et d'un blanc verdâtre; une infiltration semblable se remarquait dans les scissures de Sylvius et surtout dans celle du côté gauche; cette infiltration se prolongeait en avant et s'étendait jusque dans le grand sillon où existaient des adhérences déjà indiquées; quelques unes des pseudo-membranes qui les constituaient étaient également infiltrées de pus; la substance cérébrale de la base semblait un peu plus molle que celle des hémisphères; elle n'était point, d'ailleurs, non plus injectée. A la partie supérieure du cervelet, vers le corps vermiculaire supérieur, existait une infiltration purulente semblable à celle qui a été déjà décrite.

Le cervelet incisé ne présentait rien de remarquable.

Quelques tubercules existaient dans les poumons; les ganglions bronchiques étaient en partie rouges, en partie tuberculeux.

La membrane muqueuse de l'estomac était pâle et recouverte de mucosités. Dans le duodénum, quelques follicules isolés, de Brunner, étaient développés et boursouflés. Un état semblable de

quelques unes de ces glandes s'observait vers la fin de l'intestin grêle; quelques rougeurs existaient à la surface du gros intestin.

Exposé succinct du traitement qui avait été suivi.

1°. Sangsues derrière les oreilles;

2°. Vésicatoires et sinapismes aux extrémités inférieures;

3°. Scarifications pratiquées sur la membrane pituitaire;

4°. Calomel, lavements purgatifs;

5°. Saignée de pied, vésicatoire sur la tête, calomel, jalap.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Age, douze ans. — Convulsions répétées. — Dans l'intervalle des crises, intégrité parfaite des facultés intellectuelles et de rapport. — Absence de toute céphalalgie. — Pouls fréquent. — Inflammation des membranes de la convexité. — Sorte d'œdème de la substance cérébrale. — Faible ramollissement du trigone. — Épaississement de l'arachnoïde des ventricules. — Angine couenneuse. — Pneumonie, etc.

Génat (Marie-Louise), âgée de douze ans et deux mois, entra à l'hôpital des Enfants le 18 octobre 1826. Pendant l'intervalle de temps compris entre cette époque et les premiers jours du mois d'avril suivant, elle fut successivement traitée et guérie de la rougeole et de la teigne. Sa santé paraissait rétablie, et, malgré un peu de toux qui persistait encore, on se disposait à la laisser sortir

de l'hôpital, quand, tout à coup, le 26 du même mois, elle éprouva une attaque convulsive qui dura environ pendant une heure. Durant cette crise, le pouls était petit et fréquent, la peau chaude, la face rouge, vultueuse, les conjonctives injectées, les globes des yeux renversés, les pupilles insensibles et dilatées; une salive écumeuse inondait la bouche et se répandait au dehors; les mâchoires étaient serrées et se froissaient par instants; la respiration était haute, bruyante, pénible, et de violentes secousses convulsives agitaient, d'ailleurs, fréquemment le tronc et les membres. La nuit suivante fut paisible, mais les mêmes accidents reparurent le 27 au matin et se continuèrent pendant trois heures; le milieu du jour fut calme, mais les convulsions reparurent de nouveau dans la soirée, et, à quelques moments de calme près, très rares du reste, elles persistèrent jusqu'à une heure de la nuit.

Le 28, pouls, 120 pulsations par minute; sensibilité du ventre à la pression; nausées, vomissements; pas d'évacuation alvine; intégrité parfaite des facultés intellectuelles et de rapport; ni assoupissement, ni céphalalgie : quelques mouvements spasmodiques furent remarqués dans la soirée.

Le 29, pouls, 128 pulsations par minute; ni nausées, ni vomissements; ventre toujours sensible à la pression; une selle naturelle.

Le 30, apparut une stomatite couenneuse; la langue gonflée et saignante était recouverte, sur ses bords, de liserés de matière plastique; les gen-

cives offraient de semblables plaques ; la bouche était très douloureuse et l'haleine fétide ; le ventre continuait d'être sensible, et cependant il n'existait point de diarrhée ; le pouls battait 132 fois par minute ; la chaleur de la peau était peu marquée.

Les jours suivants, le pouls tomba à 96 pulsations ; le gonflement qui accompagnait la stomatite était moindre, et l'affection de la bouche, en tant qu'on pût en supposer d'autre, était devenue l'affection principale et marchait vers la résolution, quand apparurent de nouveaux troubles nerveux. Du reste, il n'y eut cette fois qu'une crise ; ce fut dans la soirée du 9 mai.

Du lendemain jusqu'au 26 courant, on aurait pu croire à une guérison définitive et prochaine, lorsqu'une nouvelle maladie vint encore se jeter à la traverse : les signes d'une phlegmasie des poumons et des bronches se manifestèrent en effet ; l'état général de la malade alla, dès lors, tous les jours, en empirant ; la stomatite devint gangreneuse ; la faiblesse devint très grande ; les jambes s'infiltrèrent, et la mort survint dans les premiers jours de juillet.

Autopsie cadavérique le 13 juillet.

Il existait un peu de sérosité transparente dans la grande cavité de l'arachnoïde ; la surface libre de cette membrane était humide. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, vers la superficie des hémisphères cérébraux, était infiltré ; cette infiltra-

tion apparaissait sous la forme d'une gelée transparente. L'arachnoïde détachée et opposée à la lumière présentait çà et là des plaques semi-obscures d'un gris-jaunâtre. La face cérébrale de la dure-mère qui dominait les hémisphères, quoique lisse, était recouverte de pseudo-membranes nombreuses. Cette exsudation plastique paraissait avoir eu lieu entre la face cérébrale de la dure-mère et le feuillet arachnoïdien qui la tapisse ; ces fausses membranes, du reste, étaient épaisses et résistantes. La substance grise était peu colorée ; la blanche paraissait privée de vaisseaux sanguins, et toutes les deux, très humides, étaient comme imbibées de sérosité, sans pourtant que leur consistance parût diminuée. Les ventricules latéraux contenaient environ une once et demie de sérosité un peu trouble ; l'arachnoïde ventriculaire épaissie, assez ferme, était très distincte ; la consistance de la voûte à trois piliers était peut-être un peu diminuée, mais la cloison et les parois ventriculaires n'étaient nullement ramollies. Le canal rachidien contenait un peu de sérosité ; la moelle épinière n'offrait aucune lésion.

La membrane muqueuse de l'estomac était parsemée de quelques points rouges vers le cardia et vers sa petite courbure ; à la surface interne du cæcum et du colon, se dessinaient quelques arborisations rouges.

Les deux lobes du poumon gauche étaient adhérents entre eux et en partie hépatisés ; le poumon droit était sain, et la plèvre de ce côté recou-

verte de quelques fausses membranes; il existait un peu de rougeur vers la division des bronches.

Les reins contenaient quelques tubercules miliaires.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Age, quatre ans. — Céphalalgie. — Agitation. — Nausées. — Vomissements. — Délire. — Pouls fréquent. — Respiration inégale. — Grincements de dents. — Assoupissement alternant avec de l'agitation. — Pupilles dilatées. — Intégrité des facultés intellectuelles et de rapport. — Coma. — Pas de toux. — Infiltration gélatiniforme vers la convexité des hémisphères. — Un peu de sérosité louche épanchée dans les ventricules latéraux. — Nul ramollissement des parties centrales du cerveau et nulle trace de phlegmasie à la base de ce viscère. — Pneumonie. — Variole. — Gastrite.

Renaud (Françoise), âgée de quatre ans, entra à l'hôpital des Enfants le 3 mai 1826. Cette petite fille, faible et délicate, se plaignait, depuis cinq jours, de la tête. Des nausées et des vomissements s'étaient déclarés en même temps que la céphalalgie, mais ils avaient cessé dès le lendemain. Tantôt assoupie, tantôt agitée, cette enfant éprouvait surtout de l'agitation, de l'anxiété pendant les nuits; parfois elle délirait.

Le 3 mai, lors de la visite, elle se trouvait dans l'état suivant : Pouls, 116 à 120 pulsations par minute; chaleur de la peau naturelle; céphalalgie susorbitaire; front brûlant; nausées; respiration inégale; tremblement des mains; yeux fixes; fi-

gure abattue, altérée; soif vive; langue blanche; ventre sensible à la pression; constipation.

Symptômes nouveaux et modifications survenues dans lès symptômes énumérés.

Le 4 mai, assoupissements momentanés; bâillements. La malade, très susceptible, très irritable, crie aussitôt qu'on la touche, mais retombe bientôt dans l'assoupissement; elle répond avec justesse quand on la questionne, ne se plaint plus de la tête; les pupilles n'offrent rien de remarquable; toux sèche.

Le 5, pouls, 128 pulsations par minute; pupilles dilatées. La malade demande souvent à boire.

Le 6, pas d'envie de vomir; pouls, 116 pulsations; grincements de dents.

Le 7, deux selles verdâtres; la figure est encore plus altérée; les yeux sont caves; des rides sillonnent le contour des ailes du nez et la commissure des lèvres; pupilles largement dilatées; réponses exactes; pouls, 128 pulsations; la malade soutient bien sa tête quand on la soulève.

Le 9, pouls, 108 pulsations; l'enfant crie moins, gémit moins; elle est plus abattue, plus assoupie, ne répond plus aux questions qu'on lui adresse.

Le 14, trois évacuations; peau chaude; pouls, 112 pulsations.

Le 18, pouls, 128 pulsations; une selle.

Le 19, pouls, 132 pulsations.

Le 20, pouls, 140 pulsations ; peau sèche ; un vomissement.

Le 21, éruption de varioloïde ; pouls, 128 pulsations.

Le 22, pustules pâles, affaissées, très nombreuses sur les extrémités ; diarrhée ; grincements de dents continuels.

Mort, le 23, sans convulsions, à quatre heures du matin.

Pendant le cours de cette maladie, des sangsues furent appliquées derrière les oreilles et autour de la base du crâne ; des sinapismes furent placés aux extrémités inférieures ; des applications froides furent faites sur la tête.

On prescrivit des bains, le calomélas, etc.

Autopsie cadavérique le 24 mai.

Les sinus de la dure-mère contenaient peu de sang séreux ; les vaisseaux superficiels des hémisphères cérébraux étaient peu gorgés de sang. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, vers la superficie du cerveau, était infiltré d'une sérosité transparente assez abondante, et apparaissant sous forme de gelée. La substance des hémisphères cérébraux, quoique humide, n'offrait rien de remarquable sous le rapport de sa coloration ou de sa consistance. Les plexus choroïdes étaient pâles, les parties centrales (trigone, cloison, etc.) fermes. Dans chaque ventricule latéral, se trouvait environ une cuillerée de sérosité un peu trouble. Il n'existait ni infiltration ni fausses membranes à la base du crâne.

Larynx, trachée et bronches : Muqueuse légèrement injectée; poumon gauche sain; poumon droit, vers son tiers postérieur et à sa base, hépatisation grise; le reste du lobe inférieur droit était engoué.

La muqueuse de l'estomac était rose et légèrement piquetée de rouge. Dans le duodénum, les follicules de Brunner étaient rouges sans être développées, et la membrane muqueuse de cette partie de l'intestin ne présentait pas, d'ailleurs, de rougeurs. Sur toute la surface interne de l'intestin grêle et du gros intestin, apparaissaient une infinité de points noirâtres correspondant à l'orifice des follicules isolés. Vers le tiers inférieur de l'intestin grêle, quelques plaques grisâtres faisaient une légère saillie.

Nulle autre lésion apparente.

DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

Age, vingt-deux mois; petite fille chétive. — Diarrhée. — Vomissements. — Pouls, 96 pulsations, puis très fréquent. — Muguet, pneumonie double. — Six jours plus tard, symptômes cérébraux. — Pas de cris. — Renversements fréquents des yeux. — Pupilles dilatées un peu inégalement. — Assoupissement. — Fièvre. — Pupilles contractées. — Strabisme. — Respiration difficile, haute. — Pouls très fréquent. — Renversement de la tête en arrière. — Tremblement des membres. — Légère contracture de la jambe droite. — Paupières un peu tombantes. — Roideur générale des membres. — Traces de phlegmasie vers les membranes de la base et de la convexité. — Ramollissement des parties centrales du cerveau. — Ramollissement avec injection des corps striés. — Ramollissement partiel avec injection des lobes

moyen et antérieur gauches. — Tubercules dans le cerveau sans inflammation environnante. — Tubercules dans le cervelet avec inflammation circonvoisine et foyer purulent.

Jebin (Louise), âgée de vingt-deux mois, fut admise à l'hôpital des Enfants le 8 février. Cette petite fille était maigre, chétive; depuis quatre mois, elle avait des croûtes à la tête; depuis un mois, elle avait sensiblement maigri, avait perdu l'appétit, avait de la diarrhée, vomissait fréquemment depuis quelques jours et était continuellement assoupie; elle avait, en outre, de la fièvre. A la visite du 9 février, le pouls ne battait que 96 fois par minute; la langue était rose; les vomissements et la diarrhée avaient cessé; il existait de l'abattement et un peu de toux. Le 10, peau chaude; un peu de râle s'entendait vers la partie postérieure et gauche de la poitrine; l'expansion pulmonaire était aussi un peu moins franche vers ce point; la sonorité de la poitrine était égale à droite et à gauche; une légère exsudation de muguet se remarquait vers la partie inférieure de la bouche. Le 14, fièvre; pas de vomissements; la malade ne poussait pas un cri; elle tournait souvent les yeux en haut; les pupilles, et surtout la gauche, étaient dilatées; assoupissement. Le 15, les pupilles étaient contractées et se dilataient par moments; la conjonctive oculaire était revêtue, en quelques points, d'une couche de mucus; renversement de la tête en arrière; affaissement, assoupissement; râle subcrépitant du côté gauche de la poitrine; pas de différence à la percussion. Le 16,

pouls fréquent; peau chaude; face animée; strabisme; pupilles dilatées, oscillantes; déglutition difficile, suivie de toux; respiration haute; une selle. La malade criait et se roidissait quand on la soulevait. Le 18, râle crépitant à gauche et en haut; poitrine généralement sonore; pouls petit et très fréquent; figure pâle; tremblement des membres; légère contracture de la jambe droite (le matin); respiration haute, fréquente, pénible; les pupilles étaient contractées et se dilataient quand on soulevait les paupières, qui étaient closes et comme tombantes; roideur générale des membres (le soir). Mort à dix heures du soir.

Autopsie le 20 février.

Les vaisseaux qui rampent à la superficie des hémisphères cérébraux étaient injectés. Vers cette région, l'arachnoïde présentait une teinte opaline, et, dans plusieurs points, se trouvait adhérente à la pie-mère, tandis que celle-ci adhérait elle-même à la substance grise. L'arachnoïde offrait de semblables adhérences et une pareille coloration à gauche, vers la fin de la scissure de Sylvius; vers le même point, la pie-mère était infiltrée de pus concret; dans la même scissure, la substance grise était injectée, ramollie superficiellement et adhérait aux membranes. A la partie postérieure de l'hémisphère droit et dans la substance grise existait un tubercule cru, d'un petit volume; la substance cérébrale environnante ne paraissait point altérée ni même injectée. La cloison médiane, le trigone étaient ramollis, diffluents et d'un blanc

mat. Les corps striés, particulièrement le gauche, étaient mous; la substance qui les formait était d'un rouge-brunâtre marbré. La partie antérieure de la couche optique droite, sans être ramollie, présentait la même coloration. Toute la partie antérieure et inférieure du lobe moyen de l'hémisphère gauche, ainsi que la partie postérieure du lobe antérieur du même côté, était ramollie, diffluente, jaunâtre et piquetée de rouge. L'arachnoïde de la base du cerveau, légèrement épaissie, offrait une teinte opaline, et se trouvait parsemée d'un grand nombre de granulations. Vers la partie antérieure et externe du lobe gauche du cervelet, et à un pouce de profondeur dans la substance cérébrale, existait un tubercule de la grosseur d'une aveline; il se trouvait en partie ramolli, et la substance cérébrale circonvoisine était molle et jaunâtre. Vers la superficie du lobe droit du cervelet existait un foyer purulent, circonscrit par une membrane organisée contenant du pus jaune-verdâtre, et paraissant résulter du ramollissement d'un tubercule. Les ventricules du cerveau contenaient une quantité très faible et à peine appréciable de sérosité.

Le lobe inférieur du poumon gauche était hépatisé (hépatisation rouge); le lobe moyen du poumon droit présentait une semblable altération.

Nulle lésion dans les autres organes.

VINGTIÈME OBSERVATION.

Âge, six ans et demi. — Vomissements. — Convulsions. — Assoupissement entremêlé d'agitation. — Cris et plaintes continuels. — Grincements de dents. — Changements brusques de coloration de la face. — Pas de constipation. — Pouls fréquent et irrégulier. — Peau fraîche. — Bouche déviée. — Pupilles contractées. — Renversement de la tête en arrière ; roideur du tronc. — Torpeur ; strabisme. — Respiration inégale, suspirieuse. — Soubresauts des tendons. — Mouvements automatiques. Mâchonnements. — Pupilles dilatées, oscillantes. — Sensibilité obtuse à droite, anéantie à gauche ; motilité conservée. — Vaisseaux de la superficie injectés. — Circonvolutions déprimées. — Arachnoïde sèche. — Granulations. — Une once de sérosité louche dans les ventricules latéraux. — Ramollissement des parties centrales. — Injection des membranes au devant du mésocéphale ; ramollissement superficiel de celui-ci. — Adhérence et opacité des membranes vers la scissure de Sylvius.

Leblanc, âgée de six ans et demi, entra le 5 juin à l'hôpital des Enfants. Cette enfant était malade depuis quinze jours ; sa maladie avait débuté par des vomissements, des nausées; elle refusait, d'ailleurs, toute nourriture, était triste, abattue et assoupie. Huit jours après l'apparition de ces premiers symptômes, il y eut des convulsions qui durèrent pendant une heure. A la suite de ces convulsions, l'enfant perdit connaissance pendant trois jours. Depuis lors, il y eut de l'assoupissement, état entremêlé d'agitation, surtout la nuit ; la malade, d'ailleurs, poussait continuellement des cris et grinçait des dents. Depuis trois jours, assoupisse-

ment, perte de connaissance alternant avec des retours de raison. Selles naturelles.

Le 5 juin, pouls irrégulier, 113, 104 pulsations par minute; peau fraîche et même froide; figure pâle, yeux fixes; paupières entr'ouvertes; pupilles contractées; changements brusques de coloration de la face; bouche déviée à droite; salivation; renversement de la tête en arrière; criailleries; sensibilité au toucher; sorte de rigidité du cou et du tronc, et de telle sorte qu'il est possible de soulever l'enfant par la tête sans que le corps fléchisse; à l'exception du bras gauche, dont la sensibilité est un peu obtuse, les membres ont conservé leur sensibilité et leur motilité. Torpeur en quelque sorte, mais non abolition complète des facultés intellectuelles et sensoriales. Le 6, la malade, quoique dans un état d'engourdissement, semble avoir conscience de ce qui se passe autour d'elle. Les yeux paraissent sensibles à l'action de la lumière; l'œil gauche est un peu dévié en dehors; la sensibilité de la peau, obtuse dans certains moments, est exaltée dans d'autres. Le 7, irrégularité remarquable de la respiration et du pouls; soubresauts des tendons; mouvements automatiques; la malade soutient le bras droit en l'air, se frotte le nez; elle refuse de boire; criailleries, plaintes continuelles; peu de toux; plusieurs excrétions. Le 8, quelques réponses tardives, mais justes; mâchonnements; action de boire, suivie de toux; deux selles. Le 11, paupières entr'ouvertes; pupilles dilatées; respiration inégale, accélérée, suspirieuse; sensibilité générale obtuse;

décubitus dorsal ; pas de sommeil ; plaintes continuelles. Le 12, au matin, pupilles dilatées, oscillantes; déglutition difficile, bruyante; sensibilité obtuse du côté droit et tout à fait éteinte à gauche (toute cette partie du corps est insensible au pincement). La paralysie n'est pas étendue au mouvement. Mort, le même jour, à cinq heures du soir.

Autopsie cadavérique le 13 juin.

Tête : Réseau veineux de la pie-mère injecté, distendu ; circonvolutions cérébrales déprimées; arachnoïde de la convexité des hémisphères cérébraux sèche, mais transparente; granulations sur les faces latérales des hémisphères. ℥ jj environ d'une sérosité louche étaient contenues dans les ventricules latéraux, dont le gauche paraissait plus dilaté que celui du côté opposé. La cloison, le trigone cérébral et les parois postérieures des ventricules latéraux, présentaient la couleur et la consistance de la partie caséeuse du lait. La pie-mère était rouge, très injectée au devant du mésocéphale; l'arachnoïde épaissie et opaque; la substance du mésocéphale vers la face correspondante, et superficiellement, était un peu ramollie. A gauche et vers l'origine de la scissure de Sylvius, l'arachnoïde épaissie et opaline adhérait à la pie-mère qui, elle-même, avait contracté des adhérences avec la substance cérébrale sous-jacente, qui se trouvait ainsi déchirée par le fait de l'arrachement de ces membranes.

La moelle épinière parut saine; mais le tissu

cellulaire du canal rachidien était infiltré d'une sérosité un peu trouble.

Vers le grand cul-de-sac de l'estomac, la membrane muqueuse présentait quelques arborisations; du reste, les autres organes n'offraient aucune lésion.

VINGT ET UNIÈME OBSERVATION.

Age, six ans. — Céphalalgie. — Agitation. — Vomissements. — Pouls lent. — Somnolence. — Cris. — Pupilles dilatées, oscillantes. — Yeux roulants, divergents. — Rétraction à droite de la commissure des lèvres et de l'aile du nez. — Colorations passagères de la face. — Respiration inégale, suspirieuse. — Mixtion involontaire. — Pouls fréquent. — Motilité et sensibilité intègres. — Perte de connaissance. — Agitation. — Assoupissement.

Très faible quantité de sérosité dans les ventricules latéraux. — Parties moyennes intactes, fermes. — Traces de phlegmasie des membranes à la base. — Ramollissement de la moelle vers le bulbe lombaire.

Durner (Antoine), âgé de six ans, fut reçu, le 8 juin, à l'hôpital des Enfants. On apprit que, depuis huit jours, il se plaignait de la tête; que ces maux de tête s'accompagnaient d'agitation, de criailleries, ou d'assoupissement; qu'enfin plusieurs vomissements avaient eu lieu.

Le 9, l'enfant était couché sur le côté et replié sur lui-même, comme s'il avait froid. Le pouls battait 54 à 60 fois par minute; la peau était fraîche; le malade avait perdu connaissance, et se trouvait dans un état de somnolence, qu'interrompaient ses cris; les pupilles étaient dilatées, de

temps à autre, oscillantes; parfois, les yeux, roulant dans leurs orbites, se renversaient ou devenaient divergents; la commissure des lèvres et l'aile du nez du côté droit étaient un peu relevées; grincements de dents; rougeurs passagères de la face; respiration inégale, suspirieuse; mixtion involontaire; la sensibilité de toute la surface du corps paraissait intègre, et les membres avaient conservé leur motilité; même état le 10; le 11 au soir, agitation, mouvements suivis d'assoupissement; mort.

Autopsie cadavérique.

L'inspection des membranes et des circonvolutions de la convexité des hémisphères cérébraux n'offrit rien de particulier; les ventricules contenaient environ, et tout au plus, la valeur d'une petite cuillerée à café de sérosité transparente; les parois ventriculaires, la cloison transparente, n'offraient ni coloration, ni consistance insolite; il en était de même de la substance de tout le cerveau en général. A la base de ce viscère, vers le carré des nerfs optiques et surtout dans les scissures de Sylvius, l'arachnoïde épaissie avait perdu sa transparence; vers les mêmes points, çà et là existaient quelques pseudo-membranes et un peu d'infiltration, mais gélatiniforme, du tissu de la pie-mère.

Vers le renflement lombaire, la moelle épinière était sensiblement ramollie.

Tubercules pulmonaires; pneumonies partielles.

Ascaride lombricoïde dans le gros intestin.

VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION.

Age, huit ans. — Pneumonie. — Pouls, 132. — Céphalalgie. — Abattement. — Délire la nuit. — Parotide. — Plus de céphalalgie. — Ni délire. — Ni agitation. — Résolution de la pneumonie. — Mort subite.

Infiltration séro-sanguine du tissu sous-arachnoïdien. — Injection des deux substances cérébrales; ramollissement et perforation du septum médian. — Ramollissement du trigone et des parois antérieures et externes des ventricules. — Infiltration séro-sanguine à la base. — Injection de la substance grise du cervelet.

Pégerel (Antoine), ramoneur, âgé de huit ans, entra le 17 avril à l'hôpital des Enfants. Depuis 15 jours, il était mal portant, avait perdu l'appétit; depuis 8 jours il toussait, et lors de son entrée à l'hôpital, il se plaignait de la tête et du ventre; mais, du reste, il n'avait éprouvé ni diarrhée ni vomissements.

Le 18, pouls, 108 pulsations par minute; peau chaude, langue rose; ventre ballonné, sonore, non douloureux; pas de selle; toux; râle sibilant et muqueux vers le sommet du poumon droit; vers la même région, sifflement bronchial; râle crépitant sous l'aisselle droite; diminution de la sonorité du thorax, également en haut et à droite; face bouffie; œdème des extrémités inférieures; l'exploration du côté gauche de la poitrine n'accuse aucune lésion.

Le 20, pouls dépressible, 120 pulsations; peau chaude, sèche, toux profonde; quelques crachats rares mucoso-purulents; râle crépitant et sous-cré-

pitant du côté droit; sonorité moindre de ce côté; langue sèche, ventre ballonné, mais non douloureux; 2 selles, dont une liquide; délire et agitation alternant avec un état de prostration. Nul changement jusqu'au 24 du même mois; ce jour, pouls battant 132 fois par minute; céphalalgie; gonflement de la parotide; abattement très marqué; les symptômes du côté de la poitrine avaient moins d'intensité et étaient moins nombreux. La nuit, agitation; délire.

Le 25, plus de délire, mais céphalalgie persistante; suppuration de la parotide. Les jours suivants, et jusqu'aux premiers jours du mois de mai, l'état de la poitrine et celui du ventre avaient paru s'améliorer; les symptômes avaient complètement disparu, le malade ne se plaignait d'aucune douleur; la langue était rose, la peau fraîche, le ventre souple, la toux modérée; il n'y avait plus de céphalalgie; le sommeil était calme; l'œdème s'était dissipé, et enfin la convalescence paraissait s'être franchement déclarée, quand, le 11 mai, le malade mourut subitement en remontant sur son lit.

Autopsie le 12.

Tête : Infiltration séro-sanguinolente du tissu sous-arachnoïdien vers la convexité des hémisphères cérébraux. Les deux substances des hémisphères étaient colorées, injectées d'une manière uniforme. Un peu de sérosité sanglante se trouvait dans les ventricules latéraux dont la cloison était ramollie, diffluente et en partie détruite; ce ramollissement,

blanc, s'étendait à la voûte à trois piliers et aux parois ventriculaires externes et antérieures; il était surtout marqué à gauche. A la base du cerveau, et principalement entre les anfractuosités cérébrales, existait une infiltration séro-sanguinolente pareille à celle qui dominait les hémisphères. La substance grise du cervelet était aussi très injectée.

Thorax : Quatre ou cinq onces de sérosité roussâtre se trouvaient épanchées dans la cavité thorachique : la membrane muqueuse qui tapisse les canaux aériens était pâle et décolorée. Quelques portions du lobe supérieur du poumon droit étaient engouées; le poumon gauche était sain; le péricarde contenait quelques onces de sérosité roussâtre; les cavités du cœur étaient un peu dilatées.

Les autres organes ne présentaient point de lésion.

VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

Age, douze ans. — Chute sur la tête. — Vomissements. — Nausées. — Stupeur. — Assoupissement. — Plus de réponses. — Agitation. — Mouvement des membres; surtout à gauche. — Dilatation inégale des pupilles. — Respiration gênée. — Pouls lent. — Face rouge, dents serrées. — Écume à la bouche. — Peau fraîche. — Sensibilité générale éteinte. — Assoupissement comateux interrompu par des cris et des gémissements. — Rigidité paralytique des membres du côté droit. — Agitation; mouvement extatique du bras gauche; pupilles insensibles. — Déglutition difficile. — Fracture du crâne. — Épanchement à la surface de l'arachnoïde. — Ramol-

lissement de la substance cérébrale voisine ; épanchement dans le ventricule gauche.

Deschamps (Marie), âgée de douze ans, d'une santé habituellement bonne, fit, le 10 mars, une chute d'une élévation de six pieds, et sa tête porta sur le sol. Cette jeune fille, immédiatement après l'accident, eut encore la force de se relever; mais ses jambes faiblirent, elle retomba à terre et fut emportée sans avoir perdu connaissance. Peu d'instants après sa chute, elle vomit les aliments qu'elle venait de prendre. Les vomissements persistérent néanmoins, pendant le cours de la nuit suivante; précédés de nausées fatigantes, ils tiraient fréquemment la malade de l'état de stupeur et d'assoupissement dans lequel elle était plongée : elle répondit cependant plusieurs fois avec justesse aux questions qui lui étaient adressées.

Le 11, plus de réponses; agitation; mouvements et sorte de trémoussements des membres inférieurs et du bras gauche qui, avec la jambe du même côté, s'agite beaucoup; écume à la bouche; dilatation inégale des pupilles (celle du côté gauche est plus dilatée que la droite); respiration gênée. Mouvement automatique, au moyen duquel la malade porte souvent une de ses mains vers l'occiput (deux plaies existent vers la partie supérieure du pariétal gauche).

Le 12, pouls lent, plein; face rouge; dents serrées; chaleur de la peau naturelle; la pupille droite est peu dilatée; celle du côté gauche est os-

cillante ; agitation des membres gauches, sensibilité générale éteinte ; assoupissement comateux, alternant avec un état de demi-somnolence qu'interrompent des cris, au milieu desquels le nom de la mère de l'enfant est prononcé quelquefois. Le 13, rigidité paralytique des membres du côté droit; agitation particulière du bras gauche, sorte de mouvement extatique ; la malade éléve son bras et le maintient dans cette position : ce membre et la jambe du même côté ont conservé leur motilité et une partie de leur sensibilité. La pupille gauche est plus dilatée que celle du côté opposé ; toutes les deux, au reste, paraissent insensibles à l'action de la lumière; déglutition bruyante, difficile; figure pâle. Mort, le 13, à onze heures.

Autopsie le 14.

Tête : Sur le pariétal gauche, aux environs et à un pouce de la suture lambdoïde, existe une fracture en étoile des os du crâne ; la dure-mère subjacente incisée, on trouve à la surface de la portion correspondante de l'arachnoïde un épanchement sanguin sous forme d'un caillot noirâtre, du volume d'un œuf de poule, et situé au dessus du ventricule latéral gauche qu'il déprime. L'arachnoïde, vers le point où elle supportait le caillot de sang, se trouve tendue, épaissie, violacée et injectée ; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré d'un peu de pus. La substance cérébrale qui avoisine l'épanchement est fortement injectée et ramollie, et partout en arrière dans l'hémisphère cérébral gauche, et jusqu'au niveau du

ventricule, la substance cérébrale est très sensiblement injectée. Le ventricule gauche est rempli de sanie ; le ventricule droit contient une cuillerée de sérosité transparente. Des traces de phlegmasie existent sur les parties latérales du ventricule gauche ; la cavité digitale renferme un peu de pus et de sérosité sanguinolente. Les membranes de la base paraissent saines ; les autres organes sont sans lésion.

VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION.

Age, treize ans. — Céphalalgie. — Vomissement. — Délire. Constipation. — Pouls lent, puis très fréquent. — Délire. — Yeux renversés, roulant ou fixés à gauche. — Pupilles oscillantes, insensibles. — Insensibilité générale. — Résolution paralytique générale. — Circonvolutions aplaties, déprimées ; arachnoïde sèche, adhérente à la pie-mère. — Pas d'épanchement ventriculaire ; parties moyennes saines. — Épanchement dans le feuillet arachnoïdien en arrière du cervelet. — Traces de phlegmasie sur les membranes qui revêtent les parties inférieures et internes des lobes moyens et les pédoncules antérieurs. — Ramollissement et injection d'une couche superficielle de la substance des jambes antérieures de la moelle et des éminences mamillaires.

Villeneuve (Jean), âgé de treize ans, fut apporté délirant à l'hôpital des Enfants. On apprit que sa santé, habituellement bonne, ne s'était altérée que depuis huit jours ; que, depuis cinq, il se plaignait de la tête, avait des vomissements, délirait parfois, et qu'enfin, depuis cette époque, il existait chez lui de la constipation.

Le 24, pouls lent, peau fraîche, délire ; sensi-

bilité et motilité intègres. Les jours suivants, jusqu'au 26, le pouls acquit successivement de la fréquence, de telle sorte que le 26 il battait 120 fois par minute; le délire avait cessé; la figure était pâle, la physionomie hébétée; les yeux, renversés, roulaient dans leurs orbites, ou se dirigeaient à gauche avec fixité; les pupilles oscillantes ne paraissaient plus ressentir l'impression de la lumière; toutes les parties restaient insensibles quand on les pinçait, et tout le corps paraissait dans un état de résolution paralytique. La vie se prolongea encore ainsi pendant deux jours, et finit par s'éteindre enfin par l'accroissement ou par le fait seul de la prolongation de l'inertie, de la torpeur de toutes les fonctions placées sous l'influence directe ou indirecte de l'action cérébrale.

Autopsie cadavérique.

Les circonvolutions cérébrales de la superficie des hémisphères étaient déprimées, aplaties; vers cette même région, l'arachnoïde était sèche et adhérente à la pie-mère en quelques points; le réseau capillaire de cette dernière était peu injecté; les ventricules cérébraux étaient humectés, mais ne contenaient point de quantité appréciable de sérosité; le septum, le trigone, etc., n'offraient rien de particulier sous le rapport de leur consistance ou de leur coloration. Le feuillet arachnoïdien qui revêt la partie postérieure et inférieure des lobes du cervelet et la moelle alongée était soulevé par une quantité assez notable de sérosité transpa-

rente; il avait acquis une teinte opaline, mais son épaisseur n'était pas sensiblement accrue. Les membranes qui revêtent les faces inférieures et internes des lobes moyens et les pédoncules antérieurs du cerveau étaient piquetés de rouge et infiltrés de sang; une couche superficielle (une ou deux lignes d'épaisseur) de la substance médullaire des prolongements antérieurs du cerveau était ramollie sans être diffluente, et se trouvait, en outre, piquetée et colorée de rouge. Une altération tout à fait semblable se remarquait à la périphérie des éminences mamillaires.

Thorax : Le lobe inférieur du poumon gauche était partiellement engoué; le reste de ce poumon et le poumon droit étaient parfaitement crépitants. Les ganglions bronchiques étaient généralement rouges; un seul était développé.

Abdomen : Il existait un peu d'injection vers la fin de l'intestin grêle, et çà et là à la surface interne du gros intestin.

Nulle autre lésion appréciable.

VINGT-CINQUIÈME OBSERVATION.

Age, douze ans. — Céphalalgie; vomissements. — Assoupissement. — Constipation. — Abolition des facultés de rapport; contracture des membres et résolution paralytique. — Pupilles peu dilatées et oscillantes. — Roulement des globes des yeux. — Adhérences et pseudomembranes entre les deux hémisphères. — Sécheresse de l'arachnoïde de la convexité. — Très faible épanchement ventriculaire. — Ramollissement léger de la cloison, mais surtout de la voûte à trois piliers. — Corps

calleux un peu mou. — Légère infiltration séreuse à la base.

Cerigny (Bachelier-Agathe), âgée de douze ans, avait éprouvé, sept jours avant son entrée à l'hôpital des Enfants, un malaise général accompagné de maux de tête, et bientôt suivi de vomissements. Les nausées et les vomissements persistèrent pendant six jours et furent remplacés par de l'assoupissement. Une constipation opiniâtre accompagnait, d'ailleurs, ces premiers symptômes. État de la malade lors de son entrée : abolition des facultés de rapport, contracture des membres, pupilles naturellement dilatées, excrétion involontaire de l'urine; nul cri. Le lendemain, coma, résolution paralytique du tronc et des membres, sensibilité éteinte, figure pâle, pupilles tantôt médiocrement dilatées, tantôt oscillantes, toujours insensibles à la lumière; roulement du globe des yeux dans les orbites; déglutition difficile, bruyante. Mort le troisième jour après la réception à l'hôpital.

Autopsie cadavérique.

Tête : Circonvolutions déprimées; arachnoïde de la convexité un peu sèche; vaisseaux de la superficie peu gorgés de sang; adhérences et pseudomembranes entre les deux hémisphères cérébraux. Les substances grise et blanche des hémisphères ne sont pas injectées; il n'existe qu'une faible quantité de liquide transparent dans les sinus du cerveau (une cuillerée à café); cloison interventriculaire intacte, quoiqu'un peu molle; ramollisse-

ment blanc de la voûte à trois piliers; le corps calleux est peut-être un peu mou ; plexus choroïdes pâles ; couches optiques et corps striés, coloration et consistance naturelles ; légère infiltration séreuse, sans épaississement ou production de pseudo-membranes vers la base du cerveau ; le mésocéphale, le cervelet, la moelle épinière ne présentent aucune lésion; les autres organes n'en offrent point non plus.

VINGT-SIXIÈME OBSERVATION.

Age, sept ans. — Vomissements, convulsions. — Pouls fréquent. — Demi-somnolence. — Sensibilité générale intègre. — Pupilles inégalement dilatées. — Mutité.

Arachnoïde de la convexité parsemée de granulations. — Épanchement séreux abondant dans les ventricules latéraux dilatés. — Ramollissement des parties centrales. — Opacité des membranes, infiltration gélatiniforme et exsudation plastique à la base. — Léger épanchement dans le péricarde.

Brevelle (Marie), âgée de sept ans, fut reçue à l'hôpital des Enfants le 25 juin.

Renseignements fournis par les parents.

Cette enfant se portait mal depuis trois mois; elle toussait depuis vingt jours, avait de la diarrhée depuis lors. Des vomissements s'étaient déclarés il y avait dix jours, et avaient persisté pendant cinq; elle ne s'était pas plainte de la tête. Cette enfant avait, en outre, éprouvé quatre crises convulsives. Ces convulsions s'étaient répétées plusieurs fois pendant les nuits, qui, en général, étaient très

agitées. Depuis huit jours, le bras droit était roide, se mouvait difficilement, et la malade se trouvait dans un état de demi-somnolence.

Le 26, jour de la première visite, le pouls donnait 116 à 112 pulsations par minute. La malade ne répondait pas, mais paraissait entendre; elle sortait sa langue quand on le lui disait; la peau paraissait partout sensible; les pupilles étaient insensibles et dilatées; celle du côté gauche était plus large que celle de l'autre côté; la malade, plongée dans un état de demi-somnolence, avalait avec peine. La mort survint vers la fin du même jour.

Autopsie le 27.

L'arachnoïde de la convexité était parcourue par une infinité de granulations qui se trouvaient jusque entre les anfractuosités cérébrales; les circonvolutions du cerveau étaient peu déprimées; les deux substances étaient peu injectées et molles; les ventricules latéraux étaient très dilatés, et il s'écoula des sinus cérébraux environ quatre onces d'une sérosité limpide; les parois des ventricules latéraux étaient molles et blafardes; le septum médian, le trigone, tout le plancher des ventricules latéraux tombaient en déliquium, entraînés par la seule force d'un léger filet d'eau. Dans les scissures de Sylvius, l'arachnoïde était épaissie et avait acquis une teinte opaline. En arrière des nerfs optiques, se remarquait une infiltration gélatiniforme du tissu sous-arachnoïdien ou du tissu même de la pie-mère. Là aussi l'arachnoïde était

opaque, et il existait quelques pseudo-membranes. Opacité semblable et exsudation plastique vers le sommet du corps vermiculaire supérieur.

Le cervelet, la protubérance annulaire, incisés, ne présentèrent aucune lésion.

Thorax : Tubercules pulmonaires ; une once environ de sérosité citrine dans le péricarde.

Abdomen : Quelques rougeurs vers la petite courbure de l'estomac et sur la valvule iléo-cæcale ; les follicules du gros intestin étaient apparents, développés, mais pâles.

Foie gorgé de sang. Rate farcie de tubercules miliaires.

VINGT-SEPTIÈME OBSERVATION.

Age, treize ans. — Céphalalgie. — Vomissements. — Pouls lent, puis fréquent. — Délire. — Agitation. — Insomnie. — Sensibilité et motilité intègres. — Oscillation des pupilles, leur dilatation inégale. — Perte de connaissance alternant avec des retours de raison. — Somnolence. — Vaisseaux de la superficie injectés. — Suffusion sanguine. — Injection des deux substances. — Pas de ramollissement des parties centrales. — Peu d'épanchement séreux dans les ventricules. — Infiltration séreuse et purulente vers la base et le corps vermiculaire supérieur ; opacité des membranes. — Ramollissement de la moelle vers la réunion des régions dorsale et lombaire (pas de paralysie des membres abdominaux, etc.); gastro-entérite.

Perrot (Adèle), âgée de treize ans, de la salle des scrofuleux de l'hôpital des Enfants, où elle se trouvait depuis quelque temps, passa, le 18 juillet 1826, dans le service des maladies aiguës.

Cette jeune fille avait été affectée, l'année précédente, d'une céphalalgie qui revenait par accès réguliers. Lors de son changement de salle, elle toussait depuis huit jours, et depuis cinq elle éprouvait, chaque soir, des maux de tête, accompagnés de vomissements, et les nuits elle était agitée, avait du délire. Depuis le 18 juillet jusqu'au 25 du même mois, époque à laquelle la mort survint, tels furent l'ensemble, la succession et les modifications que présentèrent les symptômes de la maladie.

Le pouls augmenta successivement de fréquence, et, durant l'espace de temps indiqué de 64 pulsations par minute, il s'éleva à 72, à 104, puis enfin à 120 pulsations. Du râle muqueux se faisait entendre vers la partie postérieure et droite de la poitrine; il existait peu de toux. Du 18 au 22 juillet, délire, agitation, insomnie; vomissements; sensibilité, motilité intègres. Les jours suivants, céphalalgie à gauche; somnolence; perte de connaissance alternant avec des retours de raison; oscillation des pupilles (la pupille du côté gauche était plus dilatée que celle de l'autre côté). Le 25, râle muqueux en arrière, à droite et en haut; le mouvement et la sensibilité des membres paraissaient conservés; la déglutition était difficile; la pupille gauche visiblement plus dilatée que la droite. Cette jeune fille reprit connaissance quelques instants avant de mourir; elle répondit à sa mère et la reconnut.

Traitement employé.

1°. Saignée générale, saignée locale; vésicatoires aux jambes; émétique à haute dose.

2°. Vésicatoire appliqué sur le cuir chevelu.

Autopsie cadavérique.

Le réseau formé par les vaisseaux qui rampent à la surface des hémisphères cérébraux était injecté, les membranes de la convexité ni opaques, ni infiltrées, ni adhérentes; une sorte de suffusion sanguine légère existait sur les parties latérales des hémisphères (surtout à droite). La substance grise des hémisphères du cerveau était d'un rose uniforme; les tranches de substance blanche présentaient l'aspect *sablé* décrit par les auteurs. Il n'existait tout au plus qu'une demi-once de sérosité dans chaque ventricule; les parties centrales du cerveau, tant sous le rapport de leur consistance que sous celui de leur coloration, n'offraient rien d'extraordinaire. Une infiltration gélatiniforme se trouvait en avant et en arrière des nerfs optiques; une exsudation purulente remplissait le fond des scissures de Sylvius; l'arachnoïde de la base était, en général, épaissie, et avait perdu sa transparence; cette membrane était encore épaissie et infiltrée sur l'éminence vermiculaire supérieure; cervelet, mésocéphale sains; les vaisseaux étaient injectés sur tout le trajet de la moelle épinière. Vers la fin de la région dorsale et le commencement de la région lombaire, l'arachnoïde opaline était adhérente à la moelle, et celle-ci, dans la

même étendue, se trouvait ramollie; où existait cette altération, la substance médullaire était d'un blanc sale et parsemée de stries rouges. Dans quelques points, ce ramollissement était porté jusqu'à la diffluence. La malade avait encore remué les jambes et avait uriné volontairement le 25, jour de sa mort.

Tubercules pulmonaires; ganglions bronchiques rouges et développés.

Rougeur violacée de quelques rides de la membrane muqueuse de l'estomac; quelques plaques piquetées le long de la petite courbure et vers le pylore; consistance naturelle de la membrane muqueuse stomacale; ganglions mésentériques sains. La membrane muqueuse du duodénum présentait une teinte rose pâle; les follicules de cette portion de l'intestin étaient très apparents et développés. La face interne du jéjunum affectait une coloration d'un rouge vif: cette coloration était plus foncée vers certains points. La membrane muqueuse de l'iléon était aussi très rouge et très injectée; en quelques endroits, elle était comme boursouflée. Les follicules isolés et les glandes agminées de l'intestin grêle étaient développés; quelques uns des follicules isolés étaient jaunâtres, d'autres rouges, et la pression faisait suinter, de ces derniers, un liquide purulent. Les plaques de Peyer étaient, pour la plupart, boursouflées à la circonférence et déprimées à leur centre; quelques unes étaient d'un blanc-jaune, d'autres d'un rouge foncé et violacé; la pression faisait suinter, à la surface de quelques unes, des gouttelettes de pus. Un

mucus sanguinolent recouvrait toute la surface interne de l'intestin grêle ; il existait plusieurs ulcérations dans le cæcum; la membrane muqueuse du reste du gros intestin, pâle, ne présentait, d'ailleurs, aucune trace de phlogose.

Foie gorgé de sang; vésicule biliaire pleine et distendue.

Rate, reins, vessie, etc., etc., à l'état sain.

VINGT-HUITIÈME OBSERVATION.

Age, trois ans. — Céphalalgie. — Pas de vomissements. — Fièvre. — Mouvements convulsifs de la face.—Tremblements légers de la tête. — Mâchoires serrées. — Rigidité du bras droit. — Contracture des doigts. — Mutité.

Traces évidentes de phlegmasie vers la convexité des membranes. — Injection. — Pas d'épanchement ventriculaire. — Pas de ramollissement des parties centrales.

Pellier (Aldegonde), âgée de trois ans, fut reçue le 23 janvier à l'hôpital des Enfants. Cette petite fille avait eu récemment la rougeole. Depuis les premiers jours du mois, elle toussait, se plaignait de la poitrine, de la tête; elle maigrissait, mais n'avait point éprouvé de vomissements.

Le jour de son entrée à l'hôpital : fièvre; figure colorée ; mouvements convulsifs de la face ; tremblements légers de la tête; mâchoires serrées; rigidité du bras droit; contracture des doigts des mains ; nulle réponse; soif vive; insensibilité à la saignée : mort le lendemain de l'admission à l'hospice.

Autopsie.

Tête : A gauche, et vers l'angle antérieur et supérieur du pariétal, existait une exsudation purulente à la surface de l'arachnoïde, et vers ce point toutes les membranes étaient adhérentes entre elles et à la substance du cerveau; toute la partie restante de l'arachnoïde qui recouvre la convexité des hémisphères du cerveau était transparente, paraissait saine; mais le réseau capillaire de la pie-mère était, vers la même région, sensiblement injecté. Du reste, les parties centrales du cerveau et la base de ce viscère ne présentaient rien de particulier; ses cavités ne contenaient aucune quantité notable de sérosité.

Thorax : Tubercules pulmonaires; cavernes dans les poumons; tubercules bronchiques.

Abdomen : La membrane muqueuse de l'estomac était légèrement injectée. Vers la fin de l'intestin grêle et le commencement du gros intestin, se trouvaient quelques follicules agglomérés, rouges et boursouflés.

VINGT-NEUVIÈME OBSERVATION.

Age, deux ans et demi. — Vomissements, constipation. — Somnolence; pouls fréquent. — Renversement de la tête en arrière. — Pupilles dilatées, oscillantes. — Respiration inégale, suspirieuse. — Changements brusques de coloration de la face. — Diminution du mouvement des bras. — Insensibilité de l'œil à la lumière. — Mâchonnements.

Vaisseaux de la superficie injectés. — Circonvolutions dé-

primées. — Granulations vers la périphérie. — Épanchement ventriculaire. — Ramollissement de la cloison et du trigone. — Traces de phlegmasie à la base.

Leroy (Marie), âgée de deux ans et demi, fut admise, le 13 octobre 1826, à l'hôpital des Enfants. (Renseignements.) L'invasion de la maladie datait du 8 du présent mois. Perte d'appétit, vomissements, constipation ; mouvements irréguliers et sorte de tortillements des membres ; pas de perte de connaissance; depuis le 12, état de somnolence.

Première visite, le 14 octobre. Le pouls était assez vibrant et battait 104 fois par minute; la chaleur de la peau était naturelle; la sensibilité et la motilité intègres ; il y avait de l'abattement, de la somnolence. Le 16, pouls, 120 ; peau chaude ; soif; déglutition bruyante, difficile, suivie de toux; figure rouge ; renversement de la tête en arrière ; pupilles dilatées et oscillantes ; respiration suspirieuse ; 2 selles.

Le 17, pouls fréquent, irrégulier ; respiration inégale; 3 selles. Vomissement dans la soirée. Même état le 18.

Le 19, assoupissement plus complet; changements brusques de coloration de la face, qui devenait alternativement rouge et pâle ; respiration inégale; soupirs ; pouls irrégulier, 116 pulsations environ par minute. Dilatation des pupilles ; insensibilité de l'œil à la lumière, même à celle d'une bougie. L'enfant criait et remuait ses jambes quand on la pinçait; elle criait aussi, mais ne retirait pas ses bras lorsqu'on en pressait la peau.

Le 21, tête fortement renversée en arrière; yeux fixes, tournés en haut, divergents; mâchonnements; respiration haute, suspirieuse; nausées; vomissements. Mort le 22 sans convulsions.

Résumé du traitement suivi.

Le 16, sangsues derrière les oreilles, calomel.
Le 18, sangsues derrière les oreilles.
Le 19, calomel, sinapismes aux jambes.
Le 20, calomel.
Le 21, vésicatoire volant à l'épigastre.

Autopsie cadavérique le 24.

La pupille droite était plus dilatée que celle du côté gauche. Les vaisseaux superficiels du cerveau étaient injectés, les circonvolutions cérébrales légèrement déprimées; du reste, l'arachnoïde s'en détachait aisément. Dans les scissures de Sylvius, surtout à gauche, existaient des granulations miliaires assez nombreuses, comparables à celles que présentent quelquefois les plèvres, mais plus petites. Dans ces deux scissures, l'arachnoïde était opaque, épaissie; et vers la partie la plus déclive, le tissu sons-arachnoïdien était infiltré de sérosité. La coloration et la consistance des deux substances des hémisphères cérébraux n'offraient rien de particulier. Les ventricules latéraux étaient dilatés, surtout en arrière, et contenaient environ ℥ ij d'une sérosité très peu louche. La cloison était intacte; mais elle se déchirait aisément; elle était évidemment ramollie, ainsi que la partie moyenne du trigone cérébral. Les autres parties du cerveau

étaient généralement fermes. Un tubercule de la grosseur d'un petit pois se trouvait dans la substance grise du cerveau, vers la partie postérieure et latérale du lobe moyen. A la base des lobes antérieurs, le tissu de la pie-mère était injecté d'une manière sensible et contenait des granulations semblables à celles précédemment indiquées. Les membranes de la base vers le mésocéphale et vers les points où, du cervelet, elles se réfléchissent sur les lobes postérieurs du cerveau, présentaient une teinte opaline, et çà et là étaient infiltrées (infiltration jaunâtre) ou adhéraient à la substance du cerveau. La substance du cervelet, du mésocéphale, etc., n'offrait rien de particulier.

Les poumons contenaient des tubercules, les ganglions bronchiques étaient entièrement tuberculeux.

La membrane muqueuse intestinale, vers la fin du petit intestin et celle du gros, présentait quelques rougeurs.

L'inspection des autres organes n'offrait rien de remarquable.

TRENTIÈME OBSERVATION.

Age, quatre ans. — Pouls fréquent. — Assoupissement momentané. — Nausées, vomissements. — Pas de céphalalgie. — Sensibilité augmentée. — Cris au moindre attouchement. — Renversement de la tête en arrière. — Tremblement léger des mains. — Pas de paralysie. — Sinus gorgés de sang. — Suffusion sanguine à la surface des hémisphères; épanchement de sang sous l'arachnoïde. — Ramollissement coloré par le sang, très étendu à droite. — Grands désordres; perforation, etc.

— Corps striés et couches optiques ayant participé au ramollissement. — Perforation de l'estomac, etc.

Vauguenet (Caroline), âgée de quatre ans, entra à l'hôpital des Enfants, le 8 janvier 1826. Elle avait le teint pâle, le ventre gros; son embonpoint était ordinaire. Depuis 8 jours, elle avait perdu son appétit et sa gaîté; ne se plaignait pas de la tête; criailleries, assoupissements momentanés, nausées, vomissements, fièvre; tels étaient les symptômes qui avaient été remarqués par les parents pendant ce laps de temps. A la visite du 9, la chaleur de la peau était naturelle; le pouls battait 126 fois par minute; le ventre était tendu, ballonné; la soif vive; la langue sale, blanche, cotonneuse; il existait un peu de toux, mais nulle envie de vomir; l'enfant était couchée sur le dos, dans un état de demi-somnolence, criant et s'irritant beaucoup quand on la touchait. Nul changement dans sa situation jusqu'au 11 du courant.

Le 11, renversement de la tête en arrière.

Le 21, lèvres saignantes; abattement; légers tremblements des membres, qui ont conservé leur sensibilité et leur motilité; pas d'assoupissement.

Le 22, dévoiement; peau brûlante; légers mouvements convulsifs de la face et des membres, auxquels mit fin la mort, le 13, à 4 heures du matin.

Autopsie le 24 janvier.

Les sinus de la dure-mère étaient remplis de sang noir, en arrière et en haut; à la surface de l'hémisphère droit existait une suffusion sanguine

très prononcée; les méninges vers ce point paraissaient infiltrées de sang. Dans le tissu même de la pie-mère, entre les circonvolutions cérébrales, se trouvait un caillot de sang noir. Un caillot semblable, et du volume à peu près d'une demi-noix, existait dans la substance même du cerveau, au dessus du centre ovale de Vieussens. Partout, en arrière et à droite, la substance cérébrale (dans l'étendue de 4 à 5 pouces) était jaunâtre, molle, diffluente, ecchymosée, et çà et là piquetée de traces de sang noir. En continuant de couper le cerveau par tranches, on rencontrait de nouveau de ces sortes d'ecchymoses de la substance cérébrale, ayant quelque analogie avec les taches du *purpura hemorrhagica*. Plus profondément encore, et toujours dans la même direction, la substance cérébrale ramollie présentait une perforation qui conduisait dans le ventricule latéral droit. Les parois du ventricule offraient en arrière des taches semblables à celles qui ont déjà été remarquées; quelques unes se trouvaient aussi vers la partie postérieure de l'hémisphère gauche, en arrière du ventricule de côté. Il n'existait que *très peu* de sérosité sanguinolente dans chaque ventricule. Les veines des plexus choroïdes étaient très gorgées de sang; il semblait qu'on eût poussé une injection dans les veines de Galien. Le septum médian était intact et non ramolli, mais les piliers antérieur et postérieur à droite paraissaient avoir participé au ramollissement indiqué. La couche optique droite était inégale et plus volumineuse que la gauche, son tissu renfermait une foule de caillots qui sem-

blaient correspondre aux saillies qu'elle formait extérieurement; sa substance, du reste, était jaune et un peu ramollie; le ramollissement suivi jusque-là se terminait près des tubercules quadrijumeaux. Les corps striés et les pédoncules antérieurs contenaient aussi de ces sortes d'ecchymoses. Il n'y avait rien de remarquables d'ailleurs à la base du cerveau.

Trachée-artère et bronches saines; quelques points du tissu pulmonaire se trouvaient engoués. Le péricarde était rempli de sérosité citrine; environ ℥ij d'un liquide noirâtre étaient épanchées dans la cavité abdominale; les intestins étaient contractés; le péritoine ne paraissait pas injecté, et cependant une perforation de la grandeur d'un pouce existait à l'estomac, vers la petite courbure, à un demi-pouce du cardia. Les bords de cette perforation étaient amincis et frangés; la membrane séreuse dépassait les bords de la membrane muqueuse. La membrane muqueuse de l'estomac était généralement pâle et marbrée de jaune; elle était ramollie vers le cardia et le grand cul-de-sac. Quelques plaques de Peyer et des follicules isolés avaient acquis un peu de développement, mais sans rougeur. Toute la membrane muqueuse du tube digestif, en général, était pâle. Du reste, rien autre chose de remarquable.

TRENTE ET UNIÈME OBSERVATION.

Age, sept ans. — Etat comateux. — Dilatation inégale des pupilles. — Tiraillement en dehors de la commissure de la lèvre droite. — Respiration suspirieuse. — Tremble-

ment et agitation du bras droit. — Paralysie du sentiment et du mouvement du bras gauche. — Vaisseaux de la superficie gorgés de sang. — Traces de phlegmasie vers la convexité, surtout à droite. — Peu d'épanchement ventriculaire. — Ramollissement blanc du trigone et de la couche superficielle et supérieure du corps calleux.

Villeux (François), âgé de sept ans, placé depuis longtemps dans la salle Saint-Jean de l'hôpital des Enfants, était affecté d'une teigne faveuse, d'une otorrhée double et d'une carie vertébrale. Atteint, le 12 février 1827, d'une nouvelle maladie (hydrocéphale aiguë), il succomba en peu de jours.

Les symptômes les plus saillants qui se manifestèrent pendant le cours de cette dernière maladie furent les suivants : État comateux ; dilatation inégale des pupilles ; tiraillement en dehors de la commissure droite des lèvres ; respiration suspirieuse ; tremblement et agitation du bras droit ; paralysie du sentiment et du mouvement du bras gauche.

Autopsie.

Vaisseaux de la superficie du cerveau gorgés de sang ; teinte opaline de l'arachnoïde ; infiltration gélatiniforme de la pie-mère qui recouvre la convexité des hémisphères cérébraux, surtout à droite. Une demi-cuillerée de sérosité se trouvait dans chaque ventricule latéral ; le septum était intègre ; ramollissement crémeux du trigone cérébral ; même ramollissement de la couche supérieure et superficielle du corps calleux. Couches optiques et corps striés n'offrant rien d'appréciable. Rien

autre chose de remarquable, ni du côté du cerveau, ni vers les autres organes.

TRENTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Age, douze ans. — Céphalalgie. — Paupière gauche tombante. — Délire. — Assoupissement. — Constipation. — Pouls fréquent. – Réponses tardives. — Sensibilité générale obtuse. — Changements brusques de coloration de la face. — Dilatation des pupilles. — Perte de la vue à gauche. — Paralysie des muscles de la face à gauche. — Respiration inégale, suspirieuse. — Convulsions. — Mort.

Arachnoïde de la convexité sèche. — Pie-mère injectée. — Epanchement très médiocre. — Ramollissement des ventricules. — Cloison intacte. — Traces de phlegmasie en arrière des nerfs optiques.

Chamillon (Louise-Victoire), âgée de douze ans, fut reçue à l'hôpital des Enfants malades le 21 mai. Depuis longtemps elle se plaignait de maux de tête; mais, depuis à peu près cinq jours, on avait remarqué que sa paupière supérieure gauche était tombante, et que l'œil du même côté était insensible à l'action de la lumière. Cette jeune fille, en outre, depuis la même époque, était devenue difficile et d'une humeur chagrine; parfois même elle délirait ou tombait dans l'assoupissement; elle était, d'ailleurs, constipée, mais n'avait point vomi.

Le 22 mai, pouls donnant 104 pulsations par minute; état de somnolence; réponses tardives, incertaines; douleur susorbitaire à gauche; sensibilité générale obtuse; changements

brusques de coloration de la figure ; dilatation des pupilles; paralysie de la paupière supérieure gauche ; perte de la vue de ce côté ; paralysie des muscles de la face à gauche aussi; motilité des membres conservés.

Symptômes nouveaux ou modifications survenues les jours suivants dans les symptômes précédents.

Le 25 mai, respiration inégale, suspirieuse ; pouls, 132 pulsations; pupilles très dilatées; couche albumineuse déposée à la surface de la cornée ; lèvres encroûtées ; extrémités froides; peu de diarrhée.

Le 29, chaleur à la peau; respiration stertoreuse.

Le 30, mouvements convulsifs. Mort.

Autopsie cadavérique le 1er juin.

Tête : Circonvolutions cérébrales aplaties, déprimées; arachnoïde de la superficie des hémisphères sèche, mais ni opaque, ni infiltrée, ni adhérente; réseau de la pie-mère injecté, gorgé de sang; deux onces environ de sérosité limpide dans les ventricules du cerveau. Les parois des ventricules latéraux , en avant et en arrière, offraient l'aspect et la consistance du lait caillé ; le trigone cérébral présentait aussi cette sorte de ramollissement blanc; mais le septum médian était intact et n'avait point pris part à ce genre d'altération. A la base du cerveau , en arrière du carré des nerfs optiques, existait, dans une étendue assez grande,

une infiltration gélatiniforme, accompagnée vers quelques points d'exsudation plastique.

Thorax : Les ganglions bronchiques étaient transformés en tubercules. La membrane muqueuse bronchique offrait quelques rougeurs, surtout à droite et entre les cerceaux cartilagineux du canal aérien ; le poumon gauche était sain ; le droit se trouvait çà et là partiellement engoué ; ni l'un ni l'autre ne contenaient de tubercules.

Abdomen : La plupart des ganglions mésentériques étaient tuberculeux. Quelques follicules étaient développés, et quelques rougeurs existaient à la surface interne et vers la partie inférieure de l'intestin grêle. Les reins, le foie, la rate, contenaient des tubercules miliaires.

TRENTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Mésent, âgé de trois ans, apporté le 29 et mort le 30 mai à l'hôpital des Enfants malades (diagnostic, hydrocéphale aiguë). Symptômes principaux : Yeux continuellement mobiles ; pupilles insensibles et dilatées ; coma ; sensibilité générale obtuse ; pouls petit, fréquent ; peau chaude ; râlement. Mort.

Autopsie cadavérique.

Méningite de la base ; épanchement de sérosité dans les ventricules cérébraux ; ramollissement crémeux des parties centrales du cerveau (trigone, septum). Tubercules bronchiques, pulmonaires et mésentériques ; gastro-entérite.

TRENTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Garent (Aimable), âgé de huit ans, malade depuis quinze jours, entra le 3 et mourut le 10 juillet à l'hôpital des Enfants. Fièvre, céphalalgie et vomissements au début; constipation. Symptômes principaux : Coma; abolition des facultés intellectuelles et de rapport; rigidité paralytique des membres.

Autopsie cadavérique.

Méningite de la convexité et de la base; ramollissement blanc du trigone et du septum; peu de sérosité épanchée dans les sinus du cerveau; pneumonie partielle gauche; tubercules pulmonaires.

TRENTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Chez le nommé Lortroy (Henri), âgé de douze ans, reçu le 9 et mort le 11 avril à l'hôpital des Enfants, et qui avait aussi présenté les phénomènes expressifs attribués à l'hydrocéphale aiguë, on reconnut à l'autopsie les lésions suivantes : Sécheresse, opacité de l'arachnoïde qui recouvre la convexité des hémisphères cérébraux; exsudation plastique; infiltration; enfin traces de phlegmasie encore plus marquées à la base du cerveau; ramollissement crémeux des parties moyennes. Tubercules bronchiques et pulmonaires; traces de phlegmasie gastro-intestinale.

TRENTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Un enfant âgé de six ans, placé au n° 18 de la salle Saint-Jean de l'hôpital des Enfants, succomba, le 8 octobre 1827, aux suites d'une hydrocéphale aiguë, après avoir résisté, pendant dix-sept à vingt jours, aux atteintes de cette maladie.

(Dans la dernière période de la maladie, coma; résolution paralytique générale.)

Autopsie cadavérique.

Ramollissement blanc du trigone cérébral; injection vers l'ergot; sérosité peu abondante, épanchée dans les ventricules cérébraux; épaississement et opacité des membranes à la base du cerveau.

TRENTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Chez une jeune fille nommée Boncier (Clara) (idiote), morte à l'hôpital des Enfants (hydrocéphale chronique, puis hydrocéphale aiguë), on trouva à l'autopsie les ventricules latéraux considérablement dilatés et remplis de six onces au moins de sérosité; leur ouverture de communication avec le ventricule moyen très agrandie; la voûte et la cloison médiane diffluentes; l'arachnoïde des ventricules latéraux rugueuse, épaissie, comme chagrinée, couverte de petites granulations. L'arachnoïde de la base était altérée d'une manière semblable.

Symptômes principaux observés pendant les derniers temps de la maladie : Cris, grincements

de dents, roulement des yeux, dilatation inégale des pupilles.

TRENTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Age, trois ans. — Assoupissement comateux. — Sensibilité et motilité intègres. — Perte de connaissance. — Grincements de dents. — Changements brusques de coloration de la face. — Respiration inégale. — Un peu de toux.

Faible injection du cerveau. — Rien autre chose de remarquable du côté de la tête. — Dothinentérie.

Vandermulh (Augustin), âgé de trois ans, fut déposé le 30 novembre à l'hôpital des Enfants; il y mourut le lendemain de son entrée. Voici ce que l'on put observer durant le court séjour qu'il fit à l'hôpital : Assoupissement interrompu par des criailleries; perte de connaissance; sensibilité et motilité intègres; pupilles naturellement dilatées; grincements de dents, changements brusques de coloration de la face; respiration inégale; constipation; un peu de toux.

Autopsie cadavérique.

Tête : Suffusion sanguine sur les faces latérales des hémisphères cérébraux; vaisseaux superficiels de la convexité assez injectés. La substance blanche était légèrement sablée; mais nul épanchement n'existait dans les ventricules du cerveau; les parties moyennes étaient fermes, et rien de remarquable ne se trouvait à la base.

Thorax : Quelques bronches gauches et la trachée étaient colorées en rouge; les ganglions bron-

chiques étaient développés et rouges; il existait de l'engouement vers le bord postérieur du poumon droit, et une portion de son lobe inférieur était hépatisée.

Abdomen : Sous le rapport de sa consistance et de sa coloration, la membrane muqueuse de l'estomac ne présentait rien de particulier; les ganglions mésentériques étaient généralement rouges et développés. Rien de remarquable non plus ne se voyait dans le duodénum et le jéjunum; mais, vers la dernière moitié de l'iléon, les plaques de Peyer boursouflées et comme fongueuses se présentaient sous l'aspect des bourgeons charnus d'une plaie; ces plaques formaient des reliefs à la surface de la membrane muqueuse, qui se trouvait, en outre, parsemée de follicules rouges, développés et à centres déprimés; un réseau capillaire très finement injecté entourait ces derniers, tandis que les intervalles qui se trouvaient entre les plaques n'offraient nulle trace d'injection. Les plaques dont il a été question étaient au nombre de trente et abondaient surtout vers les deux derniers pieds de l'intestin iléon; la valvule iléo-cæcale présentait aussi des traces de phlegmasie pustuleuse. Quelques taches brunes se remarquaient encore à la surface du cæcum et du colon; mais elles étaient peu nombreuses.

TRENTE-NEUVIEME OBSERVATION.

Age, dix ans. — Maux de tête, nausées, vomissements, agitation, insomnie, délire. — Pouls fréquent. — Réponses lentes. — Pupilles contractées ou naturellement

dilatées. — Sensibilité de la peau exaltée. — Epigastre sensible. — Respiration inégale. — Soupirs. — Stomatité couenneuse.

Nulle trace de phlegmasie dans le cerveau. — Pas d'épanchement dans les ventricules. — Dothinentérie.

Vanier (Madeleine), âgée de dix ans, fut apportée le 19 février à l'hôpital des Enfants. Depuis douze jours, elle éprouvait des maux de tête, des nausées, des vomissements. Peu de temps après l'apparition de ces prodromes, on lui avait fait prendre de l'ipécacuanha, et dès lors s'étaient manifestées de la douleur au ventre, de la diarrhée. Le jour, cette petite malade était assoupie, ne répondait pas; le soir, elle était agitée; elle passait la nuit dans l'insomnie et le délire. Le 20, pouls, 104 pulsations par minute; chaleur de la peau naturelle; assoupissement, réponses lentes, incertaines; pupilles contractiles et naturellement dilatées; sensibilité de la peau exaltée; épigastre plus sensible encore que les autres régions du corps; pas de céphalalgie. Même état les jours suivants jusqu'au 23; ce jour, pouls fréquent; figure exprimant la douleur (sillon géno-labial prononcé); céphalalgie susorbitaire; la bouche est légèrement déviée à gauche; respiration inégale; soupirs fréquents; demi-somnolence; réponses toujours tardives; pas de douleur au ventre; mauvaise humeur; susceptibilité ou sensibilité telle qu'on ne peut toucher la malade sans la faire crier; salivation; de temps à autre, une selle. Le 25, pouls 128; elle éprouve, la nuit, de l'agitation, du délire; inflammation couenneuse des gencives. Le 1er mars,

renversement de la tête en arrière; rigidité cervicale. Mort le 3 mars.

Autopsie.

Tête : L'arachnoïde de la convexité était humide, la substance cérébrale n'offrait ni consistance, ni coloration insolite; à peine existait-il quelques gouttelettes de sérosité transparente dans les ventricules du cerveau. Les parties centrales étaient fermes, intactes; il n'existait rien à la base.

Abdomen : Le fond de la muqueuse stomacale était d'un gris pâle; çà et là existaient quelques points piquetés de rouge et quelques plaques brunes autour desquelles la consistance de la membrane semblait un peu diminuée. La membrane muqueuse du tiers supérieur de l'intestin grêle était généralement pâle; vers le tiers moyen de la surface interne de ce tube, un grand nombre de follicules isolés étaient rouges et tuméfiés; vers la fin de l'iléon et dans le cæcum se remarquaient de nombreuses plaques de Peyer rouges et boursouflées; de semblables plaques, accompagnées d'une injection légère, se montraient encore à l'origine du colon; mais toute trace de phlegmasie cessait un peu plus loin, et la membrane muqueuse du reste du colon n'offrait de remarquable que sa pâleur.

Nulle lésion appréciable dans les autres organes.

QUARANTIÈME OBSERVATION.

Age, onze ans. — Céphalalgie, vomissements. — Agitation. — Délire. — Assoupissement comateux. — Strabisme. — Insensibilité des pupilles à la lumière. — Soupirs. — Sensibilité générale obtuse. — Pouls fréquent.

Injection des vaisseaux de la superficie, exsudation puriforme. — Quelques traces d'exsudation puriforme vers la base.—Le septum lucidum est seul un peu plus mou qu'à l'ordinaire.

Une jeune fille, âgée de onze ans, très sujette, dans son enfance, aux ophthalmies, aux engorgements glanduleux, présentant, en un mot, tous les caractères du tempérament scrofuleux, entra à l'hôpital des Enfants le 11 juillet 1830. Elle éprouvait, depuis un mois, des douleurs de tête; elle fut, à la même époque, prise de vomissements, très rapprochés d'abord, mais qui devinrent de plus en plus éloignés. Elle avait rendu des ascarides, il y avait quelques jours. Il s'était manifesté, depuis deux jours, de l'agitation et du délire. Le 10, il a été si intense, qu'on a été obligé d'attacher la malade. (Dix sangsues lui ont été appliquées derrière chaque oreille.)

Le 11, le délire avait cessé, la malade était plongée dans un état de stupeur et de somnolence dont il était difficile de la tirer; les pupilles n'étaient pas dilatées, mais elles étaient insensibles à la lumière. Strabisme; pas de grincements de dents. Face pâle; soupirs prolongés par intervalles; la contractilité musculaire n'est pas affaiblie; mais la

sensibilité est très obtuse. Lorsqu'on pinçait fortement la peau des doigts, la malade les remuait à peine; elle ne paraissait pas éprouver une vive douleur. Le pouls était faible et fréquent, 108 pulsations par minute; la langue humide, couverte d'un enduit blanchâtre; le ventre ne paraissait pas douloureux; deux évacuations alvines avaient eu lieu à la suite d'un lavement. (Sinapismes aux jambes; vésicatoires aux cuisses; ventouses à la nuque.)

Le 14, les mêmes symptômes persistent avec plus d'intensité. La sensibilité des membres est presque entièrement éteinte; assoupissement profond. (Vésicatoire à la nuque; sinapismes aux pieds; potion tonique avec tilleul, extrait mou de quinquina et éther.)

Mort dans la nuit.

NÉCROPSIE.

Examen de la cavité crânienne.

Injection considérable des vaisseaux superficiels des méninges; deux points d'exsudation puriforme, l'un à droite, l'autre à gauche de la grande scissure interlobaire. A la base du cerveau, près la scissure de Sylvius, quelques traînées d'exsudation puriforme. Le cervelet présentait également du pus vers plusieurs points de sa surface; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien adjacent en était infiltré çà et là. Le septum lucidum seul paraissait plus mou qu'à l'ordinaire. Les sinus de

la dure-mère contenaient des concrétions fibrineuses.

QUARANTE ET UNIÈME OBSERVATION.

Age, neuf ans. — Céphalalgie. — Nausées, vomissements. — Abattement, prostration, somnolence. — Sensibilité générale exaltée. — Pouls très fréquent. — Scarlatine. — Perte de connaissance, criailleries. — Délire. — Pouls irrégulier. — Tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré de sérosité. — Peu de sérosité dans les ventricules. — Injection des vaisseaux de la substance du cerveau.

Un enfant âgé de neuf ans, d'une assez forte constitution, couché au n° 22 de la salle Saint-Jean, fut pris, le 13 août 1831, sans cause connue, de céphalalgie, de douleurs abdominales et de diarrhée. Le 14, il survint des nausées, puis des vomissements de matières bilieuses contenant un ver. Le 16, éruption de petites taches plus larges, plus nombreuses, d'un rouge plus vif que celles de la rougeole. Entrée à l'hôpital des Enfants dans la soirée du 18.

Abattement, prostration, somnolence; la sensibilité générale est très vive, le moindre contact provoque des criailleries; le pouls est petit, faible, extrêmement fréquent; toux rare; gêne de la respiration; râle crépitant en arrière et à gauche; respiration bronchique; douleurs de gorge; gêne de la déglutition. La nuit, délire; criailleries.

Le 19, surface du corps couverte de plaques rouges confluentes aux aisselles, aux aines, sur le dos et les extrémités inférieures; les caractères

d'une éruption scarlatineuse sont évidents. Le pouls faible, dépressible, 108 pulsations par minute; peau chaude et sèche; plus de vomissements; mais sensibilité du ventre à la pression, surtout vers la région iléo-cæcale; diarrhée. Le malade n'a pas la connaissance de ce qui se passe autour de lui; il criaille de temps en temps. Pendant le reste de la journée, pas d'amélioration; la fréquence et la faiblesse du pouls persistent, le délire continue, les vomituritions reviennent, et le malade succombe à une heure du matin.

Autopsie cadavérique.

Habitude extérieure du corps, rien de remarquable, si ce n'est une teinte violacée très prononcée des aisselles, des aines et du dos.

Cerveau : Caillot fibrineux dans le sinus longitudinal supérieur; rien dans les scissures. Les membranes se détachent avec facilité; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré de sérosité; les plexus choroïdes sont très rouges ; chaque ventricule latéral contient une cuillerée à café de sérosité. La cloison demi-transparente est intacte. La substance cérébrale est peut-être un peu plus ferme que dans l'état physiologique. Les vaisseaux cérébraux sont gorgés de sang.

Abdomen : Deux ganglions mésentériques contiennent de la matière tuberculeuse; les autres sont sains. La membrane muqueuse de l'estomac est saine. L'intestin grêle contient une douzaine d'ascarides lombricoïdes. La muqueuse, recouverte par un liquide jaunâtre, crémeux, est blan-

che et ne présente de rougeur que vers le bord des valvules. Les follicules de Brunner sont très nombreux et très saillants. Le gros intestin contient une grande quantité de liquide verdâtre; mais la muqueuse ne présente pas d'altération notable.

Poitrine : La cavité pleurale gauche contient environ six onces de sérosité mêlée de flocons albumineux. Fausses membranes très étendues; hépatisation du lobe inférieur gauche; engouement en arrière du lobe supérieur. Ganglions bronchiques rouges et volumineux.

QUARANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

(*Hôpital des Enfants-Malades, service de M. Bonneau.*)

Fièvre typhoïde. — Symptômes ataxo-adynamiques; pleuropneumonie droite. (*Gazette des hôpitaux*, n° 45, tome VII.)

Amade (Jean), âgé de quatre ans, apporté à l'hôpital des Enfants le 25 février 1833, dans l'état suivant : Face rouge, animée; injection des conjonctives; céphalalgie gravative; œil brillant, pupilles contractées, parole brève; la langue est effilée, rouge à la pointe et sur les bords, collante et agitée d'un mouvement continuel, lorsque le malade veut la tirer hors de la bouche; rougeur et tuméfaction des amygdales et de la luette, gêne de la déglutition; soif vive, anorexie, endolorissement du ventre, léger météorisme, constipation. La peau du thorax, du ventre et des membres supérieurs offre une éruption qui pré-

sente une analogie complète avec la rougeole boutonneuse ; la peau est chaude et sèche ; pouls, 120 pulsations par minute ; toux fréquente, dyspnée, 48 inspirations par minute ; endolorissement de tout le côté droit du thorax, expansion pulmonaire faible du même côté, et son obscur ; rien à gauche.

Le 27, le malade a été très agité pendant la nuit. Pouls petit, 130 pulsations par minute ; soubresauts des tendons. Le 28, enduit grisâtre de la langue, des dents et des gencives ; lèvres sèches, fendillées, yeux hagards, délire. Les taches du ventre se sont transformées en vésicules. Pouls, 120 ; respiration à 52 ; soubresauts des tendons, ventre indolent, selles quotidiennes, râle crépitant à droite. Le 1er mars, enduit fuligineux des dents et des lèvres qui sont saignantes, épistaxis peu abondant, délire, toux, dyspnée, râle sibilant et crépitant à droite. Le 2, nuit très agitée, cris continuels, insomnie, décomposition des traits, teinte livide de la face, diarrhée abondante. Pouls, 132, irrégulier ; respiration à 60 ; son mat et souffle bronchique vers la fosse susépineuse, râle crépitant en bas. Le 3, délire violent, respiration anxieuse, pouls petit, filiforme, 144 pulsations, pupilles contractées, yeux brillants, enduit fuligineux de la bouche, deux selles liquides noirâtres ; les taches des membres ont une teinte livide. Le 4 et le 5, alternatives d'excitation et de collapsus, face plombée, délire, cris aigus par intervalles, pouls petit et irrégulier. Mouvements

carphologiques des mains, respiration stertoreuse par moments. Mort dans la soirée du 5.

Ouverture 24 heures après la mort.

Les vaisseaux des méninges et de la périphérie du cerveau sont fortement injectés. L'arachnoïde de la convexité est moins transparente que celle de la base; cependant elle n'est ni adhérente, ni recouverte d'exsudations. La substance grise est peut-être un peu plus rosée. D'ailleurs, rien autre chose d'appréciable, si ce n'est une once environ de sérosité transparente dans les ventricules latéraux.

Thorax : Muqueuse des bronches rouge; ganglions interbronchiques tuberculeux; hépatisation rouge de la presque totalité des trois lobes pulmonaires droits; adhérences pleurales; pas d'épanchement; poumon gauche sain.

Adbomen : Ganglions mésentériques rouges, volumineux et mollasses. La muqueuse gastrique est amincie et dépouillée de ses villosités dans des points ulcérés qui sont nombreux et peu étendus. La muqueuse de l'intestin grêle est saine, sauf une coloration rosée des valvules jusque vers le milieu du jéjunum. A partir de ce point jusqu'au cæcum, il existe soixante-deux plaques elliptiques, saillantes; les unes pâles, les autres rouges, celles-ci ardoisées. Trois d'entre elles sont ulcérées. La muqueuse du cæcum est rouge; celle du reste du gros intestin n'offre rien de particulier. (Dothinentérie.)

QUARANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Hémorrhagie abdominale par déchirure du foie. — Symptômes cérébraux. (Observation communiquée par M. le docteur Laurand, insérée dans la *Gazette des hôpitaux*, du 4 septembre 1832.)

Le 22 août, un enfant d'environ douze ans fut renversé, rue Saint-Honoré, par une béarnaise, dont la roue lui passa sur le ventre, dans la direction de la crête iliaque droite, à la base de la poitrine, du côté opposé; la peau du ventre ne présentait ni ecchymose, ni excoriations. L'enfant ne se plaignait d'aucune douleur; le ventre même n'était point sensible à la pression. Ni hémorragie extérieure, ni vomissements; sueur froide; pouls à peine sensible; réponses, mais état de stupeur; pas de signes d'épanchement dans la poitrine; respiration libre. Le malade, transporté chez lui, fut saigné; mais une syncope ne permit guère d'extraire plus d'une once de sang. Figure pâle, exprimant la stupeur; alternative de somnolence et d'agitation; extrémités inférieures froides; pouls toujours faible. Le petit malade semblait ne pas reconnaître sa famille qui l'entourait; à toutes les questions il répondait : *Laissez-moi tranquille*. Cet état étant attribué à une commotion du cerveau, douze sangsues furent appliquées aux apophyses mastoïdes; un cataplasme émollient placé sur le ventre; des sinapismes aux jambes.

Un mieux sensible suivit cette médication; l'enfant répondit plus directement aux questions; il

assura de *nouveau* qu'il ne ressentait aucune douleur. Le pouls, cependant, ne s'était point relevé; la pâleur de la face et l'état d'hébétude persistaient. La nuit suivante, deux vomissements; le lendemain matin, pouls vif, fréquent, 130 pulsations par minute; peau chaude; soif; langue sans rougeur notable; intelligence nulle; rien du côté de la poitrine; pas la moindre oppression; ventre un peu ballonné, sensible à la pression. Vers le milieu de la journée, un vomissement, affaiblissement considérable de l'intelligence, plus de réponses, mouvements spasmodiques; somnolence et réveils en sursaut. Le soir, vers les dix heures, les symptômes d'*inflammation* cérébrale avaient pris beaucoup plus d'intensité; malgré l'idée que l'on avait qu'ils n'étaient que sympathiques, c'est principalement vers la tête que le traitement continua d'être dirigé. Bientôt il survint des convulsions, de la prostration, et, après une courte agonie, l'enfant succomba vers les quatre heures du matin.

Nécroscopie.

Crâne : Les méninges, le cerveau et le cervelet à l'état normal; poumon droit gorgé de sang noir; une livre environ de sérosité sanguinolente épanchée dans la cavité pleurale du même côté.

Abdomen : Vaste épanchement de sang noir; déchirure considérable du foie vers sa face convexe près le ligament suspenseur; autre déchirure sur sa face inférieure, suivant le trajet du sillon de

la veine ombilicale ; rupture d'une des veines hépatiques à sa réunion avec la veine-porte. Rien dans les autres viscères abdominaux.

Ainsi les lésions graves du foie n'ont présenté que des signes obscurs, dominés par les symptômes cérébraux (1).

QUARANTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

(*Hôpital des Enfants-Malades, service de M. Bonneau.*)

Méningite de la base du crâne, délire. (*Gazette des hôpitaux* du 23 mars 1833.)

Ribour (Alfred), âgé de six ans, entra, le 3 janvier 1833, à l'hôpital des Enfants. Constitution grêle. A eu précédemment la rougeole, la scarlatine et le croup. Avait fait une chute sur la tête, il y avait une quinzaine de jours ; la contusion légère qui en était résultée s'était dissipée sans autre accident.

Le 16 janvier, céphalalgie intense, vomissements de matières bilieuses verdâtres. Application de sangsues à l'épigastre et aux apophyses mastoïdes ; convulsions qui se renouvellent à quelques jours de là.

Le 31, céphalalgie intense, nouveaux vomissements ; délire. Alternative de rougeur et de pâ-

---

(1) Les détails monographiques précédents dispensent de commenter toutes ces observations, dont quelques unes, quoique n'ayant trait qu'à des troubles, des irritations sympathiques du cerveau, n'occupent pas moins ici une place utile après ce qui a été dit plus haut.

leur de la face, céphalalgie, dilatation inégale des pupilles, strabisme à gauche; le malade répond cependant à quelques unes des questions qu'on lui adresse. Pouls, 100 pulsations par minute; peau chaude et sèche, etc. Quelque temps après la visite, délire continu; il présente même quelque chose d'érotique.

Le 3 février, nuit agitée, insomnie, délire continu. Carphologie. Mouvements automatiques, décubitus sur le côté droit; légère contracture des extrémités inférieures. La peau conserve sa sensibilité; elle est couverte d'un grand nombre de petites taches, qui ressemblent à autant de petites ecchymoses. Pupilles dilatées, insensibles à l'action de la lumière. Ventre indolent, constipation; pouls, 84 pulsations. Respiration peu accélérée, mais inégale; 20 inspirations par minute.

Le 4, moins de somnolence, agitation, délire, loquacité, exaltation de la sensibilité de la peau. Céphalalgie. Pouls petit, fréquent, irrégulier.

Le 5, pouls irrégulier, 108 pulsations par minute. Respiration inégale, 36 inspirations par minute. Assoupissement dont le malade sort par instants pour pousser des cris aigus. Contracture des membres inférieurs; contracture des paupières, surtout à gauche. Dilatation des pupilles, immobilité de l'iris.

Le 6, coma, respiration stertoreuse, occlusion des paupières. Face alternativement rouge et pâle; résolution des membres, soubresauts des tendons; respiration lente, inégale. Pouls petit, fréquent, irrégulier, 118 pulsations; constipation opiniâtre.

Dans la soirée, perte presque complète de la sensibilité et de la motilité des membres. On peut le pincer fortement sans lui arracher de cris; évacuations alvines involontaires.

Le 7, nouvelles déjections involontaires. Carus, stertor, résolution des membres; néanmoins quelques mouvements carphologiques du bras gauche s'observent. Spasme de l'œsophage, déglutition des liquides très gênée. Mort dans la soirée, sans sortir du coma.

Ouverture 36 heures après la mort.

Cavité céphalique : Le cerveau remplit exactement la cavité du crâne; vaisseaux de la périphérie et des méninges gorgés de sang; l'arachnoïde de la convexité des hémisphères est sèche, mais transparente, et nullement adhérente au cerveau : toute la portion de cette même membrane qui tapisse la base du cerveau est dense, opaque, recouverte d'exsudations plastiques ou purulentes de couleur jaunâtre ; cette membrane est très épaissie en quelques points. Les bords de la scissure de Sylvius à gauche ont contracté des adhérences; les ventricules du cerveau contiennent trois cuillerées environ de sérosité citrine; la substance grise semble plus foncée que dans l'état normal; la substance cérébrale n'offre, d'ailleurs, nul changement appréciable dans sa consistance; le cervelet et la moelle paraissent à l'état sain.

Rien de remarquable dans la cavité thorachique.

Les organes de l'abdomen n'offrent point non plus de lésions dignes de fixer l'attention.

A part les évacuations sanguines indiquées précédemment, le traitement a été borné à des potions antispasmodiques avec l'acide borique, à l'emploi de purgatifs et de révulsifs appliqués à la nuque et aux jambes.

QUARANTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

(*Hôpital des Enfants, service de M. Guersent.*)

Pneumonie. — Symptômes cérébraux. (*Gazette des hôpitaux* du 6 juillet 1833.)

Un enfant âgé de vingt-sept mois fut reçu, le 17 mai 1833, à l'hôpital des Enfants-Malades. Le 10 mai dernier, il avait été pris de fièvre, de dypsnée et de vomissements. Le 14, il survint du délire pendant la nuit; puis, les jours suivants, il se manifesta de l'assoupissement qui persista jusqu'au 17 mai. Le 17, à la visite, la face était pâle, les pupilles dilatées, la toux fréquente, la respiration accélérée, 56 inspirations; pouls, 144 pulsations par minute; oppression considérable; râle sous-crépitant inférieurement à gauche, souffle tubaire à droite; son obscur inférieurement des deux côtés; somnolence, mais nulle paralysie du mouvement et du sentiment; décubitus dorsal. Persistance des mêmes symptômes jusqu'à la mort, arrivée le 21.

Ouverture 12 heures après la mort.

Tête : Le sinus longitudinal supérieur contient un caillot fibrineux assez volumineux ; les vaisseaux des méninges et de la périphérie sont notablement injectés ; la cavité de l'arachnoïde contient environ trois cuillerées de sérosité : cette membrane conserve sa transparence ; elle est ferme et n'adhère en aucun point à la surface des circonvolutions. Du reste, nul changement appréciable, soit dans la coloration, soit dans la consistance de la substance cérébrale. Les ventricules ne présentent non plus aucune particularité.

Poitrine : La muqueuse des bronches est rosée ; pneumonie partielle double ; peu d'adhérences pleurétiques.

Abdomen : Rien de remarquable ; les viscères paraissent n'avoir subi aucune lésion.

QUARANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Dans le nº 72 de la *Gazette des hôpitaux*, se trouvent détaillées les observations que je ne fais qu'indiquer.

1°. Coqueluche compliquée de pneumonie et de stomatite pseudo-membraneuse chez un garçon âgé de douze ans. Les deux derniers jours, symptômes convulsifs, et la mort survint au milieu d'un accès.

Nécropsie.

Noyaux d'hépatisation dans les deux poumons ; excavation tuberculeuse ; tubercules.

Crâne : Injection des vaisseaux des méninges

et de la périphérie du cerveau; infiltration du tissu cellulaire sus-arachnoïdien; teinte opaline de l'arachnoïde, qui n'adhère en aucun point. Quelques gouttes de sérosité dans les ventricules latéraux.

QUARANTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

2°. Coqueluche survenue à l'hôpital, chez un enfant de deux ans et demi, atteint d'une paralysie du membre inférieur gauche, mort au bout de quelques jours, à la suite de symptômes cérébraux. La paralysie s'était manifestée, il y avait environ cinq semaines, à la suite de convulsions survenues inopinément. Trois jours avant la mort, des symptômes convulsifs éclatent et se renouvellent jusqu'à la fin.

Nécropsie.

Crâne : L'arachnoïde était parfaitement transparente et nullement adhérente; les vaisseaux de la pie-mère notablement injectés; la substance cérébrale offre un piqueté assez prononcé. Du reste, nul épanchement, nulle altération du côté de la moelle épinière.

Suivant M. Guersent, la paralysie était indépendante d'une lésion organique du cerveau et de la moelle, et lui a paru exclusivement liée à une modification du système nerveux de l'organe affecté; modification insaisissable sur le cadavre.

Dans les réflexions auxquelles ces observations donnent lieu, il est encore dit que les symptômes cérébraux furent dans ces cas purement sympa-

thiques, et plutôt la cause que l'effet de la congestion vasculaire du cerveau et des méninges.

QUARANTE-HUITIÈME OBSERVATION.

(Hôpital des Enfants-Malades, service de M. Baudelocque.)

Myélite.

Wilson (Joséphine), âgée de dix ans, récemment arrivée de Londres à Paris, fut prise, dans la journée du 10 octobre 1834, sans cause connue, de frissons, de douleurs contusives dans les membres et de fièvre. Elle éprouva, pendant les deux jours qui suivirent, plusieurs vomissements et un épistaxis. Elle ne fut pas obligée de s'aliter; mais, dans la nuit du 13 au 14, de vives douleurs se manifestèrent aux épaules et aux mains, qui ne présentaient ni gonflement, ni rougeur. Les douleurs se dissipent dans la matinée, pour reparaître plus vives peu de temps après. A ces symptômes se joint une constipation opiniâtre qui résiste aux lavements. Le 16, décubitus dorsal, mouvements des membres et du tronc très douloureux; intelligence nette, ainsi que la vue, l'ouïe, l'odorat et le goût; dypsnée sans toux; 124 pulsations et 44 inspirations par minute; constipation. Le 17, la douleur a abandonné les mains et se fait vivement sentir dans les épaules et les bras. La malade sent faiblement avec les deux mains. Le 18, respiration gênée, haletante; pas de râle; le timbre de la voix n'est pas modifié; engourdissement des mains et des avant-bras, dont la sensibilité est très obtuse; mouvements bornés des doigts de la

main droite, immobilité de ceux de la gauche; les membres pelviens sont pareillement immobiles; douleur vive dans les articulations scapulo-humérales, sans rougeur ni gonflement; 60 inspirations et 96 pulsations par minute. Dans la journée, la respiration s'embarrasse de plus en plus. Rigidité du tronc et des membres. Elle meurt à minuit dans l'asphyxie, *conservant jusqu'au dernier moment l'intégrité de ses facultés intellectuelles.*

Ouverture.

Réseau vasculaire de la pie-mère injecté; injection des deux substances du cerveau; pas d'épanchement dans les ventricules; cervelet sain. Dans l'épaisseur de la moelle alongée, ramollissement rouge du volume d'un petit pois.

Ramollissement de toute l'épaisseur de la moelle épinière, depuis la fin de la moelle alongée jusqu'à la cinquième vertèbre dorsale; il occupe surtout la partie centrale; il se présente sous la forme d'un détritus rougeâtre, étendu sur un fond blanchâtre, ramolli aussi. La pie-mère rachidienne est injectée; l'arachnoïde lisse et transparente. Nulle autre lésion.

QUARANTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

(*Hôpital des Enfants-Malades, clinique de M. Guersent.*)

Méningo-encéphalite. — Ramollissement du septum lucidum. — Mort.

Une fille, âgée de onze ans, d'une faible constitution, ayant eu, dans son enfance, de la

gourme, des engorgements lymphatiques au cou et une ophthalmie des plus rebelles, entra à l'hôpital des Enfants le 9 juillet 1830. Elle était malade depuis un mois. Céphalalgie intense dès le début, s'accompagnant de vomissements assez souvent répétés d'abord, mais devenus de plus en plus rares; puis diarrhée. Le seul traitement qui fut employé consista dans une saignée du bras.

Le jour de son entrée, douleurs de tête intolérables, agitation alternant avec l'assoupissement; le front est brûlant, le visage tantôt pâle, tantôt coloré, la langue est sèche, le pouls fréquent, 108 pulsations par minute. (Infusion de tilleul et de feuilles d'oranger; huit sangsues derrière les oreilles.)

Pendant la nuit, délire; elle se leva. On fut obligé de l'attacher dans son lit.

Le 10, à la visite, assoupissement, somnolence continuelle, strabisme à gauche, pupilles insensibles à la lumière, sensibilité obtuse des deux côtés du corps, plus émoussée à gauche; lorsqu'on la pince, elle ne témoigne aucune douleur. Son état ne permettant plus l'emploi des évacuations sanguines, on prescrit la potion suivante : Eau de tilleul, quatre onces; sirop simple, une once; extrait mou de quinquina et éther sulfurique, de chaque, demi-gros.

Le 13, perte absolue de la sensibilité, carus des plus profonds, râle trachéal. Mort.

Nécroscopie.

Les vaisseaux du cerveau et des méninges sont très injectés ; il y a une exsudation puriforme sur la partie convexe de l'hémisphère droit, exsudation de même nature dans la scissure de Sylvius du même côté. Le cerveau était sain dans tous les points. Ramollissement du septum lucidum. Les sinus étaient gorgés de sang, et contenaient plusieurs concrétions polypiformes. Les ventricules étaient dilatés et contenaient une assez grande quantité de sérosité. Les circonvolutions étaient fortement aplaties. Les ganglions bronchiques étaient farcis de tubercules. Le tube intestinal contenait six ascarides lombricoïdes.

CINQUANTIÈME OBSERVATION.

Tubercules cérébraux. — Méningo-encéphalite.

Une jeune fille, âgée de trois ans, apportée à la clinique, dans les premiers jours de juillet, par des personnes qui ne purent fournir aucun renseignement sur son état antérieur, présentait les symptômes suivants : Décubitus sur le dos, assoupissement, perte de connaissance ; le bras et la jambe gauches étaient tantôt contractés, tantôt agités de mouvements convulsifs ; les pupilles étaient dilatées et peu sensibles à la lumière, la respiration était inégale et suspirieuse, le pouls petit et fréquent, 120 pulsations par minute ; la langue était sèche et couverte d'un enduit grisâtre ; il y avait de la constipation. (Tilleul édulcoré ; sangsues derrière les oreilles.)

Le lendemain, 4 juillet, il y avait un peu d'amélioration. La malade paraissait sortir, par instants, de son assoupissement. (Huit grains de calomel.)

Deux jours après, coma profond. (Vésicatoire sur la tête.)

Le 8, carus, relâchement des membres contractés.

Le 9, exaspération des symptômes, fréquence du pouls extraordinaire, 160 pulsations par minute. Mort dans la soirée.

Nécroscopie.

Les circonvolutions cérébrales paraissaient aplaties, comme si le cerveau eût été comprimé. La surface convexe n'offrit aucune altération appréciable aux sens. Dans la scissure droite de Sylvius, épanchement de sérosité purulente, adhérence intime entre les méninges et la pulpe cérébrale, dont on ne pouvait les détacher. Le cerveau, dans ce point, était évidemment ramolli, et offrait une teinte rosée. On trouva dans cette même partie trois tubercules grisâtres ayant la forme et le volume d'un petit pois. Il y avait une couche purulente vers la convexité du cervelet, et un peu de liquide lactescent dans le septum lucidum. Les plexus choroïdes avaient une teinte livide. Les ganglions bronchiques et les poumons contenaient des tubercules.

CINQUANTE ET UNIÈME OBSERVATION.

Pneumonie. — Gastro-entérite. — Pas de râle. — Pneumonies partielles et abcès du poumon (8 ou 9 cavernes).

Houiller (Émile), âgé de trois ans, fut apporté, le 6 avril 1827, à l'hôpital des Enfants. On apprit que cet enfant s'enrhumait souvent; qu'il était mal portant depuis trois mois, mais que depuis quinze jours son état avait beaucoup empiré; que, depuis cette époque, en effet, il vomissait quelquefois, avait de la diarrhée et se plaignait du ventre; enfin qu'il toussait.

Le 7, figure pâle, embonpoint médiocre, ventre gros, glandes cervicales non engorgées; pouls, 116 pulsations par minute; peau chaude; langue blanche; ventre sensible à la pression; évacuations alvines glaireuses, non sanglantes, mais accompagnées d'épreintes; toux médiocrement fréquente, sèche; la percussion et l'auscultation de la poitrine sont sans résultat extraordinaire. Les jours suivants, les symptômes du côté du ventre diminuent en gravité, et ceux vers la poitrine deviennent proportionnellement plus sérieux. Le 14, le ventre n'est plus ni tendu, ni ballonné, ni sensible; les déjections sont peu fréquentes, mais le petit malade tousse beaucoup, est oppressé et a toujours de la fièvre; l'auscultation de la poitrine fait reconnaître une diminution et une différence comparative sensibles dans le bruit respiratoire du côté droit et postérieur (pas de râle), où précisément la percussion permet d'apprécier de sem-

blables modifications survenues dans le son de cette cavité. L'état général empira rapidement dès lors, et la mort survint le 17 avril.

Autopsie le 18.

Tête : Méninges humides; grande cavité de l'arachnoïde contenant plusieurs onces de sérosité limpide; réseau veineux de la pie-mère peu injecté. Ventricules cérébraux renfermant environ une once de sérosité transparente. Nulle altération, du reste, dans la consistance ou la coloration de la substance cérébrale.

Thorax : La plèvre, le poumon gauche paraissent très sains. La cavité droite du thorax contient environ quatre onces de sérosité transparente et jaunâtre; la plèvre costale est piquetée de rouge, surtout en arrière; la surface du poumon, vers son bord postérieur, est recouverte de pseudo-membranes minces, molles et d'une teinte un peu jaune; vers la partie postérieure et moyenne du lobe supérieur droit, le tissu pulmonaire, dans une étendue de deux pouces, en tout sens, est rouge, dense, lisse, difficile à déchirer, et se précipite au fond de l'eau. Au centre de cette portion ainsi altérée, existe une excavation communiquant avec les bronches ulcérées ; cette caverne a au moins un demi-pouce de diamètre, et contient un peu de matière semi-fluide, non grumeleuse, mais pultacée et d'un gris verdâtre. Ses parois, d'un demi-pouce environ d'épaisseur, sont formées par un tissu pultacé, grisâtre, mou aussi, mais se raffermissant à mesure que l'on chemine

vers le tissu pulmonaire ambiant, avec lequel il semble se continuer et se fondre. Vers la partie inférieure de ce lobe et au milieu du tissu pulmonaire, comme *rénifié*, se rencontre encore une caverne, de la capacité d'une aveline, et remplie d'une matière semblable à celle que renfermait la précédente. Tout le lobe moyen de ce poumon est dense, flasque, rougeâtre, difficile à déchirer et ne surnage point. On y voit sept à huit nouvelles petites excavations tout à fait comparables à celles qui ont été décrites; leurs parois sont formées aussi par le tissu pulmonaire lui-même ulcéré; ce qui, du reste, est très évident pour quelques unes dont la surface interne est rougeâtre et percée çà et là par quelques ouvertures bronchiques. Quelques unes de ces cavernes sont vides, d'autres entièrement pleines de matière pultacée blanche. Les plus grandes égalent à peine le volume d'une petite noisette. Le lobe inférieur droit présente, vers son sommet et sa base, plusieurs traces de pneumonie partielle. La surface interne de la trachée et des bronches gauches est pâle; celle des divisions bronchiques droites offre une teinte rosée et se trouve enduite d'un liquide mucoso-sanieux. Une des ramifications secondaires de ce même côté présente une ulcération dont le fond rougeâtre est formé par le tissu sous-muqueux phlogosé.

Abdomen : La membrane muqueuse du bas-fond de l'estomac est ramollie; entre le pylore et le cardia existent deux ulcérations de deux lignes d'étendue. La membrane muqueuse de la première

portion du duodénum est rouge. La membrane muqueuse de tout l'intestin grêle ne présente aucun changement appréciable dans sa consistance ou sa coloration ; mais trois glandes de Peyer, vers le tiers inférieur de l'iléon, sont ulcérées ; la surface de ces ulcérations est inégale et rouge. Une ulcération semblable existe dans le cæcum et à la surface de quelques rides du gros intestin, où çà et là se rencontrent quelques taches rouges.

Nulle autre lésion apparente dans les autres organes.

CINQUANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Pneumonie droite. — Râle crépitant. — Petite caverne revêtue d'une fausse membrane.

Genet (Adolphe), âgé de quatre ans, fut admis, le 6 mars 1827, à l'hôpital des Enfants. Il avait de la fièvre, toussait et avait de la diarrhée. On apprit encore que, depuis cinq semaines, il se plaignait d'une douleur en avant du sternum.

Tels furent ensuite, pendant son séjour à l'hôpital, les phénomènes *expressifs* de la maladie : Figure pâle, mais non altérée ; pouls, 120 pulsations par minute ; peau chaude ; toux fréquente, quinteuse, petite, sèche : le thorax percuté résonnait bien ; l'auscultation permit de reconnaître du râle sous-crépitant en arrière à droite. Soif ; langue blanche ; le ventre est médiocrement douloureux à la pression ; diarrhée. Cet état persista, et nulle modification importante ne s'était manifestée dans les symptômes indiqués, quand le malade mourut subitement le 7 avril.

Nécropsie le 9.

Etat extérieur : Rigidité cadavérique, embonpoint ordinaire. *Tête* : Méninges et substance cérébrale humides, sans coloration ou consistance particulière. *Thorax* : La membrane muqueuse qui tapisse les premières ramifications bronchiques est d'un rouge pâle, mais seulement dans les portions comprises entre les cerceaux cartilagineux. Quelques adhérences, qui paraissent anciennes, existent entre les deux feuillets de la plèvre du côté droit. Les lobes supérieur et moyen du poumon droit sont gorgés de sang, peu crépitants, mais surnagent. La partie supérieure et postérieure du lobe inférieur droit est hépatisée au premier degré. Au milieu du tissu pulmonaire ainsi altéré, existe une excavation de la grandeur de la coque d'une amende, communiquant avec quelques ouvertures bronchiques, ne contenant aucun liquide, et dont les parois sont revêtues d'une matière floconneuse, molle, blanchâtre ou grise. Cette couche exsudée n'offrait point encore de traces sensibles d'organisation.

Quelques adhérences anciennes unissent aussi çà et là les plèvres gauches; le poumon de ce côté est seulement un peu engoué à sa base, et cet engouement paraît n'être qu'un résultat cadavérique.

Le péricarde contient environ trois onces de sérosité citrine et transparente. Le volume du cœur n'offre rien de remarquable, et la surface interne des gros vaisseaux est pâle.

Abdomen : Les ganglions mésentériques sont pâles et peu développés. La membrane muqueuse de l'estomac est recouverte de mucosités blanchâtres : cette membrane, généralement pâle, est parsemée vers son bas-fond de sept à huit petites taches rouges.

La muqueuse du jéjunum est pâle et enduite de mucosités jaunes; celle de l'iléon est recouverte de mucosités d'un jaune verdâtre : elle est aussi généralement pâle; cependant, vers le tiers inférieur de sa longueur, trois plaques de Peyer sont ulcérées; les bords de ces ulcérations sont rouges et élevés, tandis que leur fond est d'un rose pâle. Toute la surface interne du gros intestin est enduite de matières verdâtres, et çà et là, dans toute l'étendue du colon, l'orifice de quelques follicules isolés est indiqué par des points noirs.

L'épaisseur et la consistance de toute la membrane muqueuse intestinale n'offrent rien d'insolite.

CINQUANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Dépressions du thorax. — Beaucoup d'oppression. — Râle crépitant à gauche. — Teinte vineuse de la muqueuse des bronches. — Pas de pneumonie.

Guillemin (Jules), âgé de deux ans et demi, fut apporté à l'hôpital des Enfants, le 20 mars 1827. Cet enfant avait les jambes grêles, faibles; le thorax déprimé latéralement sans déviation du rachis; il ne parlait pas. On apprit qu'il toussait depuis un mois; que, depuis quatre jours seulement, il était tombé plus gravement malade,

toussait beaucoup, *et manquait souvent d'étouffer.*

Visite du 21. Pouls, 132 pulsations par minute; chaleur de la peau naturelle; respiration plaintive, fréquente (60 inspirations par minute); anxiété; oppression très grande; toux fréquente; râle crépitant à grosses bulles, en arrière et surtout à droite; la poitrine résonne également bien des deux côtés. Le 22, anxiété très grande; respiration abdominale; figure violacée. Mort.

Autopsie le 23.

Tête : Vaisseaux de la superficie des hémisphères injectés. Arachnoïde transparente et humide; substance grise rosée; substance blanche un peu piquetée, consistance ordinaire; une once environ de sérosité transparente se trouve dans les ventricules du cerveau.

Thorax : La membrane muqueuse qui tapisse les voies aériennes présente partout une coloration vineuse; elle n'est point ramollie. Les ganglions bronchiques sont un peu tuméfiés et rouges.

Les deux poumons, ni hépatisés, ni même engoués, sont gorgés cependant d'une grande quantité de sang; leur tissu est rouge, mais partout crépitant, partout très perméable à l'air : cette congestion sanguine est encore plus prononcée dans le lobe inférieur droit.

Il existe très peu de sérosité transparente dans le péricarde. Les cavités droites du cœur contiennent des caillots de sang. La surface interne des gros vaisseaux est pâle, et, du reste, au-

cune lésion ne se remarque dans les autres organes.

CINQUANTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Pneumonie. — Râle crépitant. — Orthopnée. — Multitude de points pneumonisés.

Monuci (Louis), âgé de deux ans, fut admis, le 15 juin 1827, à l'hôpital des Enfants. Pour tout renseignement, on sut qu'il était malade depuis quatre jours. Examiné le 16, tels furent les symptômes qui furent reconnus : Figure pâle exprimant la douleur ; agitation ; criailleries ; toux fréquente et par quintes; pouls, 124 pulsations par minute; peau chaude ; respiration fréquente. *Auscultation* : Râle crépitant à grosses bulles existant des deux côtés et en arrière de la poitrine, abondant surtout à droite; expansion pulmonaire moins franche à droite qu'à gauche. *Percussion* : Légère différence à droite; ce côté paraît moins sonore postérieurement.

Les jours suivants et jusqu'au 24, aucune modification remarquable ne se manifeste dans les symptômes mentionnés.

Le 24, aux phénomènes précédents se joignent une oppression considérable, véritable orthopnée ; une fréquence presque incalculable du pouls et des mouvements respiratoires; un peu de diarrhée. La mort survint le 25.

Autopsie le 26.

Poitrine : La membrane muqueuse de la tra-

chée et des bronches est pâle, recouverte d'un mucus filant et écumeux. Les ganglions bronchiques sont injectés et un peu tuméfiés. Toute la surface postérieure du poumon droit est, pour ainsi dire, criblée de points pneumonisés. Les petits groupes de tissu pulmonaire ainsi altéré sont durs, denses, difficiles à déchirer; se précipitent au fond d'un vase plein d'eau et n'offrent point d'aspect grenu, même après l'incision du tissu qui les compose. Ces pneumonies partielles (dont l'étendue de chacune peut être évaluée à un ou deux pouces) se rencontrent sur toute la surface postérieure des trois lobes pulmonaires droits, et pénètrent seulement à environ un pouce de profondeur dans le tissu du poumon. Toute la partie antérieure de ce même poumon est crépitante et parfaitement saine. Les portions intermédiaires à celles altérées et précédemment décrites se trouvent pareillement dans l'état physiologique. Le lobe supérieur du poumon gauche est sain; mais toute la partie superficielle et postérieure du lobe inférieur de ce côté est parsemée aussi de phlegmasies partielles.

A l'exception de quelques rougeurs existant vers la fin de l'iléon, aucune lésion ne se remarque dans les autres organes.

CINQUANTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Pneumonie double. — Pas de râle. — Eruption de variole. — Cavernes, suites de pneumonies partielles.

Mayer (Louis), âgé de six ans, fut admis, le 13 janvier, à l'hôpital des Enfants; il toussait de-

puis deux mois et demi, mais n'était alité que depuis deux jours. Lors de son entrée à l'hôpital, il avait de l'oppression, toussait assez fréquemment; sa peau était chaude; son pouls battait 120 fois par minute; il se plaignait d'une douleur sous la clavicule droite; sa poitrine auscultée ne faisait entendre aucun râle, mais le bruit respiratoire paraissait plus faible à droite; la percussion, de ce côté, en arrière, paraissait aussi moins sonore. Du reste, point d'expectoration, point de diarrhée, de vomissements. Dans la nuit du 13, délire. Le 14, ventre tendu, ballonné, mais non douloureux; langue rouge; soif ardente; pouls, 140 pulsations par minute; mêmes symptômes du côté de la poitrine. Malade agité, parfois délirant. Même état le 15 et le 16. Le 17, apparaît une éruption de variole confluente. Mort le 18.

Autopsie.

Tête : Un peu d'infiltration séreuse dans le tissu de la pie-mère. Deux cuillerées environ de sérosité transparente dans les ventricules du cerveau. Substance cérébrale généralement un peu molle et abreuvée de sérosité. Ganglions bronchiques rouges, tuméfiés, parsemés de quelques points tuberculeux. Muqueuse bronchique pâle. Plèvres sans injection ni opacité. Un verre de sérosité sanguine se trouvait épanché dans la cavité thoracique droite. Le sommet du poumon droit est rouge, à peine crépitant; le tissu en est ferme et gorgé de sang : cette altération existe dans l'étendue de deux

pouces; presque tout le lobe inférieur de ce poumon est pareillement engoué.

Le lobe supérieur du poumon gauche est crépitant, exsangue. Il existe postérieurement une adhérence peu étendue entre les deux feuillets de la plèvre gauche, et à hauteur environ de la partie supérieure du lobe inférieur; ce lobe est engoué vers son bord postérieur. Vers le sommet du même lobe inférieur existe une caverne capable de contenir une noix; la surface interne en est lisse et rougeâtre; elle paraît formée par le tissu pulmonaire ulcéré. Quatre autres petites excavations existent pareillement dans ce lobe, et se trouvent situées vers son bord postérieur; elles contiennent de la matière pulpeuse; leurs parois sont molles et paraissent formées par le tissu pulmonaire infiltré de pus et ramolli.

Abdomen : Vers la fin de l'iléon, se trouvent deux plaques de Peyer rouges et boursouflées, et quatre ou cinq ulcérées; tout le reste du tube intestinal, tant sous le rapport de la consistance que sous celui de la coloration de la membrane muqueuse, ne présente rien de particulier. Les autres organes paraissent aussi exempts de lésions.

CINQUANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Pleuropneumonie gauche bien dessinée. — Pneumonie droite latente. — Anasarque. — Altération simulant le granit; rénification au deuxième degré, puis au premier. — Emétique à haute dose.

Boulain (Auguste), âgé de sept ans et demi, fut

admis, le 10 juillet 1827, à l'hôpital des Enfants; il était malade depuis huit jours. Pendant ce prodrome, s'étaient manifestés de la fièvre, des vomissements, de la céphalalgie, une douleur au côté gauche de la poitrine, mais peu de toux. Le jour de son entrée, furent reconnus les symptômes suivants : Figure pâle; pouls, 126 pulsations par minute; peau chaude; 60 inspirations par minute; toux médiocrement fréquente, sèche. Douleur vers le côté latéral et antérieur gauche de la poitrine. La percussion et l'auscultation ne fournissent aucun résultat particulier.

Le 13, expansion pulmonaire moins franche à gauche; persistance des autres phénomènes.

Le 14, matité à gauche, râle crépitant, toux peu fréquente.

Du 2 au 3 août, un peu de bouffissure; toux répétée; pouls très fréquent; peau chaude.

Le 4, infiltration des bourses et des membres abdominaux.

Le 5, sifflement bronchial et œgophonie à gauche; matité complète du même côté; pouls, 124 pulsations; anasarque.

Le 7, administration du tartre stibié à haute dose (il est continué jusqu'au 10). Le 7, vomissements; pas de diarrhée.

Le 8, pouls irrégulier, ne battant guère plus de 88 fois par minute; matité complète à gauche; sifflement bronchial moins prononcé.

Le 9, respiration très fréquente; pouls, 100 pulsations; diarrhée.

Le 10, maigreur extrême; altération des traits de la face.

Mort le 13 août.

(Les premières doses d'émétique étaient de trois grains, les dernières de cinq.)

Autopsie le 14.

Thorax : Un verre de sérosité jaunâtre, transparente, se trouve épanché dans la cavité thoracique droite; quelques adhérences celluleuses réunissent çà et là les deux feuillets de la plèvre. La partie postérieure du lobe supérieur du poumon droit est hépatisée (passage du deuxième au troisième degré); le lobe moyen est engoué vers la partie antérieure; le lobe inférieur est pareillement hépatisé en arrière. La cavité gauche du thorax ne contient qu'un peu de sérosité citrine; le lobe moyen en arrière est revêtu de fausses membranes épaisses, rugueuses et rougeâtres; le feuillet pleural correspondant qui revêt les côtes est recouvert de productions semblables. Les deux lobes du poumon gauche adhèrent ensemble; tout le lobe supérieur gauche est sain et crépitant, à l'exception cependant d'une petite portion de la base qui est dure, dense, difficile à déchirer, rouge, sans aspect grenu et qui se précipite au fond de l'eau. Tout le lobe inférieur gauche est hépatisé; son aspect est comparable à celui d'un granit parsemé de rouge, de brun et de gris blanc; l'incision de ce tissu pathologique laisse échapper une sanie grisâtre. La membrane muqueuse des voies aériennes

est généralement pâle; quelques petits rameaux bronchiques contiennent du mucus puriforme. Les ganglions bronchiques sont développés et rouges. Le péricarde contient environ deux cuillerées de sérosité transparente.

Abdomen : La membrane muqueuse de l'estomac présente quelques plaques rouges vers son bas-fond, et quelques traces d'injection ramiforme vers la région pylorique ; la consistance de cette membrane n'est point altérée ; l'intestin grêle, dans toute sa longueur, ne présente aucune trace phlegmasique ; le cæcum offre quelques rougeurs par injection et quelques plaques brunes. Toute la surface interne du colon présente çà et là des rougeurs pointillées ou par plaques; le rectum lui-même est parsemé de plaques rougeâtres.

Ailleurs, nulle autre chose à noter.

CINQUANTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Pneumonie. — Points pneumonisés. — Caverne dans un poumon.

Rey (Marie), âgée de trois ans, idiote (ne voyant pas, ne marchant pas, n'ayant jamais parlé, mais paraissant entendre), toussait depuis trois mois et avait de la diarrhée depuis huit jours. À son entrée à l'hôpital, toux, diarrhée, fièvre; du reste très affaiblie. Elle succombe enfin après deux mois de séjour à l'hôpital.

Nécroscopie.

Habitude extérieure : Maigreur extrême.

Thorax : Membrane muqueuse des bronches

pâle; peu de mucosités dans les canaux aériens. Les lobes supérieur et moyen du poumon droit sont exsangues et parfaitement crépitants. Le lobe inférieur du même poumon est hépatisé en rouge dans ses deux tiers postérieurs et supérieurs. Au milieu du tissu ainsi altéré, existe une caverne capable de contenir la moitié d'un œuf de poule : ses parois sont tapissées par une pseudo-membrane molle et d'un gris blanchâtré; sa cavité contenait un liquide spumeux et de couleur grise. Quelques traces de pneumonie partielle, dont quelques unes, arrivées au second degré, se trouvaient disséminées dans le poumon gauche.

Abdomen : Vers la fin de l'iléon existaient quelques rougeurs par plaques et par injection; le cæcum était finement injecté à sa surface interne; la membrane muqueuse du colon était parsemée de petites plaques brunes.

Tête : Le front est large; les diamètres du crâne le sont aussi généralement; les circonvolutions cérébrales petites, mais bien dessinées. La substance du cerveau est généralement pâle et d'une consistance assez ferme; les ventricules du cerveau sont dilatés et contiennent environ quatre onces de sérosité. Toutes les parties centrales du cerveau non seulement existent, mais sont intactes et très fermes. Les fosses occipitales semblent petites; l'épaisseur des os du crâne est ordinaire. On avait peut-être examiné légèrement cette malade; mais on ne s'était aperçu de l'existence d'aucun symptôme du côté de la poitrine autre que la toux.

CINQUANTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Pneumonie. — Vaste caverne. — Crachats fétides.

Renaud (François), âgé de douze ans, fut admis à l'hôpital des Enfants le 31 mars 1827. Pâle, maigre, il toussait depuis longtemps. Le 1er avril, la peau était chaude; le pouls battait 100 fois par minute; le malade toussait fréquemment; sa toux était profonde et grasse; son haleine fétide; sa langue blanche et humide.

Percussion : Matité sous la clavicule droite.

Auscultation : Bruit respiratoire faible vers le sommet du poumon droit; râle crépitant vers la même région.

Le 2, en arrière, à droite et en haut, ainsi que sous la clavicule droite, existe du râle sous-crépitant; le thorax, percuté vers ces points, est moins sonore; le malade expectore des crachats d'un gris brunâtre, non visqueux et très fétides; son pouls est petit et bat 104 fois par minute.

Le 4, le râle qui existait vers les points indiqués est devenu muqueux; l'expectoration abondante, présente toujours les mêmes caractères; le malade n'accuse aucune douleur particulière; cependant il gémit et se plaint sans cesse; sa figure est altérée, sa peau chaude, humide, et depuis deux jours il a un peu de diarrhée. Son haleine est toujours très fétide, sa langue plus rose.

Le 9, il a expectoré environ un verre de sang noir mêlé de crachats; son pouls est petit et bat 112 fois.

Le 10, l'expectoration est encore sanglante, accompagnée de nausées, d'anxiété, d'agitation. L'expectoration, mêlée de sanie, continue le 11 : tout ce jour le malade est dans le délire, et meurt dans la nuit.

Autopsie le 12.

Thorax : La cavité droite du thorax contient quatre onces d'un liquide sanieux, gris noirâtre, non visqueux, auquel ne sont point mêlés des caillots de sang: ce liquide provient d'une caverne située dans le poumon droit; on lui a donné issue en déchirant quelques adhérences intimes qui unissaient les feuillets de la plèvre. Les trois lobes pulmonaires sont adhérents entre eux; l'incision du tissu du poumon met à découvert une énorme excavation anfractueuse, sinueuse vers certains points, et occupant toute la partie centrale des lobes supérieur et moyen, et les deux tiers supérieurs du lobe inférieur. La surface interne de cette vaste caverne est tapissée par un putrilage mollasse et grisâtre qui offre partout le même aspect et la même consistance, et s'étend sur toute la périphérie de l'excavation, jusqu'à trois, quatre et même cinq lignes de profondeur. Le tissu pulmonaire ambiant, et qui forme pour ainsi dire la coque de cette cavité, a un pouce d'épaisseur, quelquefois deux, et même un peu plus vers le côté interne. Ce tissu, d'ailleurs, est induré d'un gris brunâtre dans certains points et rougeâtre dans d'autres : il est généralement dense, coriace, et ne surnage point. De nombreuses ouvertures bron-

chiques communiquent avec cette excavation, et de nombreuses brides, tantôt sous forme de cloisons ou de colonnes, simulent ou augmentent les sinuosités déjà indiquées. Tout le tiers inférieur du lobe inférieur droit est comme *rénifié*.

Le poumon gauche est souple, crépitant, nullement engoué. Les ganglions bronchiques sont volumineux et d'un rouge foncé. Le péricarde contient un peu de sérosité transparente. Le cœur, plus volumineux que le poing de l'enfant, contient un peu de sang caillé. La surface interne des gros vaisseaux est pâle.

Abdomen : Les organes digestifs ne présentent aucune lésion.

Tête : La grande cavité de l'arachnoïde contient plusieurs onces de sérosité transparente. Quelques points de l'arachnoïde de la convexité ont perdu un peu de leur transparence, et il existe çà et là un peu d'infiltration séreuse dans le tissu de la pie-mère. Du reste, les membranes ne sont ni sèches, ni injectées. Les ventricules du cerveau renfermaient environ une once de sérosité transparente. Nulle injection d'ailleurs, nul ramollissement de la substance cérébrale.

CINQUANTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Déformation du thorax. — Pneumonie légère. — Beaucoup d'oppression.

Muloches (Jean-Baptiste), âgé de trois ans, fut reçu le 18 juin 1827 à l'hôpital des Enfants. Scrofuleux et rachitique, il a le thorax rétréci latéra-

lement. Il toussait depuis plusieurs mois et il était très oppressé.

Tels furent les symptômes qu'il présenta durant les vingt jours qui précédèrent sa mort : Pouls, 112, 116, 124, 96, 108, 120 pulsations par minute; peau chaude, sèche; toux fréquente; figure pâle; pas de diarrhée; respiration toujours très fréquente, souvent anxieuse; oppression; râle muqueux en arrière des deux côtés; râle sous-crépitant et crépitant à droite; râle muqueux et sifflement bronchial à gauche; poitrine toujours sonore; maigreur extrême. Mort le 8 juillet.

Autopsie.

Tête : Les ventricules cérébraux contiennent une demi-once environ de sérosité transparente; la coloration et la consistance de la substance cérébrale n'offrent rien que d'ordinaire.

Thorax : La membrane muqueuse des voies aériennes est pâle. Le poumon droit, vers son sommet, en arrière et dans l'étendue de trois pouces, est d'un rouge vif, dur, dense, coriace, et ne surnage point. Le lobe inférieur présente en arrière une sorte de liseré formé par une portion de tissu pulmonaire semblablement altéré. Tout le reste de ce poumon est sain. Le tiers inférieur du lobe inférieur du poumon gauche est aussi altéré d'une manière toute pareille. Tout le reste de ce lobe d'ailleurs, ainsi que tout le lobe supérieur, est sain, crépitant.

Le péricarde contient un peu de sérosité.

Toute la muqueuse digestive est exempte de coloration particulière, et sa consistance est naturelle.

SOIXANTIÈME OBSERVATION.

Pneumonie chronique droite. — Altération propre à la pneumonie chronique (celle-ci peut remonter à l'époque d'une rougeole ancienne). — Râle sous-crépitant. — Percussion immédiate et médiate comparative.

Au n° 29 de la salle Saint-Louis de l'hôpital des Enfants, entra, le 5 octobre 1827, un enfant âgé de dix ans, sur l'état duquel on recueillit les renseignements suivants : Il s'enrhumait souvent, toussait beaucoup depuis trois jours; sa toux avait lieu par quintes, était suivie d'expectoration, et quelquefois de vomissements. Des sangsues avaient été appliquées à l'épigastre. Le jour de son entrée à l'hôpital, le pouls battait 120 fois par minute; la peau était chaude. Toux fréquente, quinteuse; expectoration de crachats muqueux, clairs, peu visqueux; la toux s'accompagnait de douleurs vers l'appendice xiphoïde; les régions homologues de la poitrine étaient sonores, et également sonores à la percussion. L'auscultation fit reconnaître, en arrière, du râle crépitant; il existait des deux côtés, mais en plus grande abondance à droite. Langue blanche; ventre non sensible, pas de diarrhée.

Phénomènes nouveaux et modifications qui se manifestèrent les jours suivants dans les symptômes précédents.

Le 8 octobre, deux évacuations alvines liquides.

Le 9, l'expansion pulmonaire, toujours accompagnée de râle sous-crépitant, devient moins franche à droite ; la percussion du thorax est toujours également sonore.

Le 10. *Percussion immédiate* : Nulle différence dans la sonorité des deux côtés de la poitrine.

Percussion médiate : Légère différence à droite ; ce côté du thorax est moins sonore en arrière et en haut. Après l'emploi des saignées générales et locales, des boissons émollientes, un vésicatoire fut placé sur la partie droite et postérieure du thorax.

Du 8 au 14, diarrhée, mais ventre souple et pas sensible à la pression ; pouls, 128 pulsations.

Le 14 et le 15, le *pectorimètre*, appliqué sur la plaie du vésicatoire, permit de constater l'existence de matité vers cette région. Le malade s'affaiblit et mourut le 17.

Autopsie cadavérique le 19 octobre.

Thorax : Quelques adhérences pleurétiques anciennes existaient des deux côtés, mais particulièrement à droite ; le poumon gauche est crépitant, parfaitement sain. Les parties moyenne et

supérieure du lobe supérieur du poumon droit étaient altérées ainsi qu'il suit : Tissu grisâtre, ferme, dense, criant sous le scalpel, peu humide, n'offrant pas l'aspect vésiculeux, traversé par des bronches dilatées et épaissies. La base de ce lobe, ainsi que les deux autres lobes du même poumon, paraissent sains; les ganglions bronchiques qui avoisinent les bronches gauches ne présentent rien de particulier; tandis que ceux qui entourent la racine du poumon droit sont, pour la plupart, gonflés, rouges ou tuberculeux. La surface interne des bronches était généralement pâle et enduite, dans quelques subdivisions, d'un mucus puriforme.

Abdomen : Nulle trace de phlegmasie dans l'estomac et l'intestin grêle. Quelques arborisations rares dans le cæcum, et, du reste, nulle autre lésion appréciable dans les autres organes.

Ce malade avait eu la rougeole il y a deux ans, et M. Guersent pensait que sa pneumonie datait de l'époque de l'exanthème.

SOIXANTE ET UNIÈME OBSERVATION.

Pneumonie gauche. — Variole. — Rénification au deuxième degré. — Poitrine sonore. — Pas de râle. — Pas d'expectoration.

Garo (Désiré), âgé de trois ans, fut apporté le 9 octobre 1827 à l'hôpital des Enfants. Il était mal portant et toussait depuis le mois de septembre dernier. Il avait eu la variole le 1er octobre. Il se trouvait dans l'état suivant lors de son entrée à l'hôpital : Pouls, 120 pulsations par minute; peau

chaude, couverte de pustules nombreuses, dont quelques unes commencent à se dessécher; essoufflement; toux fréquente, non accompagnée de râle, non suivie d'expectoration; poitrine partout sonore; expansion pulmonaire assez franche; pas de diarrhée. Les jours suivants, la toux devient rauque, l'inspiration sifflante. Nul symptôme nouveau ne se manifeste du côté de la poitrine. La dessiccation des pustules devient plus générale; mais le malade s'affaiblit et meurt le 12 octobre au soir.

Autopsie.

La membrane muqueuse des bronches n'offre point de coloration anomale; celle du larynx est d'un rouge violacé, plissée et recouverte de quelques pustules.

Les poumons, et particulièrement le gauche, sont gorgés de sang. Le lobe inférieur gauche est engoué, et çà et là, au milieu de ce lobe, se trouvent des groupes de lobules pulmonaires transformés en un tissu de couleur rouge pâle, entremêlé d'intersections blanchâtres, assez friable (on peut l'écraser en le pressant assez fortement entre les doigts), empreint d'une sorte d'humidité purulente, d'une surface ou aspect non grenu, et ne surnageant point. (Rénification au deuxième degré ou grise.)

Abdomen : L'estomac et l'intestin grêle ne présentent rien de particulier, à l'exception de quelques follicules isolés, qui, sans être rouges, se trouvent développés, et dont l'orifice est indi-

qué par un point noir. Cette disposition et cet état des follicules de Peyer se continuent sur la fin de l'iléon, et à la surface de tout le gros intestin. Quelques plaques roses se rencontrent vers la fin de l'iléon : et la muqueuse rectale offre quelques injections (arborisations).

SOIXANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Pneumonie double ; variole.—Forme d'altération en liseré. Pas de râle. — Pas de modification dans le son rendu par la poitrine, etc.

Levaux (Louis), âgé de six ans et demi, fut admis à l'hôpital des Enfants le 4 août 1827. Cet enfant avait eu la variole il y avait deux mois, et depuis cette époque il ne jouissait pas d'une bonne santé; il toussait un peu, avait parfois de la diarrhée et maigrissait beaucoup. A son entrée, peau chaude; pouls fréquent, 104 pulsations par minute; toux humide, profonde, fréquente, non suivie d'expectoration; la poitrine résonne bien, et également des deux côtés; l'auscultation permet d'entendre partout le bruit respiratoire, sans mélange d'aucun râle. Il existe un peu de diarrhée, mais le ventre n'est pas douloureux à la pression. Ce groupe de symptômes persiste jusqu'au 13 du même mois à quelques nuances près, mais sans modifications importantes dans les phénomènes morbides; seulement l'affaiblissement du malade a toujours été en croissant jusque-là; et ce jour, c'est à dire le 13, la mort survint.

Autopsie cadavérique le 15.

Poitrine : Le bord antérieur des deux lobes supérieurs du poumon droit, dans toute sa longueur et jusqu'à un demi-pouce de profondeur, est *comme rénifié* (genre d'altération déjà décrite). Cette altération se présente sous la forme d'un *liseré*. La partie postérieure du lobe inférieur de ce même côté présente un peu d'engouement cadavérique. La pointe seulement de la base du lobe supérieur du poumon gauche, dans l'étendue d'un pouce environ, présente aussi le genre d'altération que nous avons indiqué précédemment. Dans le lobe inférieur du même poumon, trois points (et chacun d'eux a environ le volume d'une aveline) sont encore semblablement modifiés par l'inflammation. La membrane muqueuse des voies aériennes est pâle, enduite de mucosités. Les ganglions bronchiques sont brunâtres et peu développés.

Le cerveau, les organes digestifs n'offrent point de lésions apparentes : nous noterons seulement une injection légère sur les rides du gros intestin.

SOIXANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Pneumonie droite. — Percussion immédiate sans résultat. — Percussion médiate avec résultat. — Râles multiples (muqueux et sifflants). — Pas d'expectoration.

Laverdure (Antoine), âgé de quatre ans, toussait depuis quelque temps. Le 9 novembre 1827, peu de fièvre; toux par quintes; pas d'expectora-

tion; râle muqueux et sifflant dans toute l'étendue de la poitrine; sonorité très grande et égale des deux côtés. (Mauve édulcorée; julep gommeux; bains de pieds; diète.)

Le 10 et le 11, point de changement. (Même prescription.)

Le 12, pouls fréquent, 120 pulsations par minute; peau sèche et chaude; respiration fréquente; toux par quintes; mélange de râle sifflant et muqueux; percussion immédiate et médiate ne donnant aucun résultat. (Saignée de quatre onces; mauve édulcoré; julep gommeux; diète.)

Le 14, même état général; pas de sifflement tubaire (bronchial); expansion pulmonaire peut-être moins franche des deux côtés en arrière; mêmes râles.

Percussion immédiate : Les deux côtés de la poitrine paraissent également sonores.

Percussion médiate : Légère matité en arrière à droite. (Huit sangsues en arrière à droite; mauve édulcorée; julep gommeux, lait coupé.)

Même état les jours suivants. Médecine expectante le 17. (Vésicatoire en arrière à droite; lait; mauve édulcorée.)

Mort le 19.

Autopsie cadavérique le 20.

Poumon gauche sain; poumon droit entièrement hépatisé dans les deux tiers postérieurs de son lobe moyen.

SOIXANTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Pneumonie double. — Râle crépitant. — Percussion sans résultat. — Poumon gauche parsemé de pneumonies partielles. — Tout le poumon droit hépatisé, contenant deux ou trois tubercules miliaires et une caverne *tuberculeuse.*

Mertelle (Désiré), âgé de trois ans, reçu le 27 janvier 1827, à l'hôpital des Enfants, toussait depuis trois semaines; mais depuis huit jours il était plus gravement malade, toussait davantage, avait de la fièvre, se plaignait du ventre et avait de la diarrhée. Le jour de son entrée à l'hôpital, son pouls battait 100 fois par minute; sa respiration n'était ni gênée, ni très fréquente; du râle crépitant s'entendait à droite sous la clavicule en arrière et en bas du même côté; mais la poitrine résonnait d'ailleurs bien partout. Il toussait assez fréquemment; son ventre était douloureux à la pression; sa langue blanche. Les jours suivants, nulle modification remarquable n'eut lieu dans les symptômes; le malade avait deux ou trois selles liquides par jour; l'état du ventre surtout parut s'exaspérer vers les premiers jours de mars; la sensibilité à la pression était la même, mais les évacuations alvines augmentèrent de fréquence. Le malade, déjà faible, dépérit rapidement; sa peau devint chaude et sèche, terreuse; sa langue sèche, sale; la face hippocratique. La mort survint le 19 mars.

Nécroscopie le 20.

La membrane muqueuse bronchique était pâle; les glandes bronchiques, en partie rouges et hypertrophiées, en partie tuberculeuses. Le lobe supérieur du poumon gauche était parfaitement sain, l'inférieur parsemé de traces de pneumonie partielle. Les trois lobes pulmonaires droits, confondus entre eux, étaient réunis par des adhérences, et de larges exsudations plastiques recouvraient postérieurement la surface du poumon droit. Tout le poumon droit était hépatisé et d'un rouge décoloré, approchant du gris; son tissu était dense, compacte, difficile à pénétrer, à déchirer; les tranches que l'on en séparait ne s'offraient point sous un aspect granulé. Vers le tiers supérieur du lobe supérieur de ce côté, existait une excavation à parois violacées tapissée par une matière albumineuse assez ferme; cette caverne était sans communication apparente avec les bronches, et elle aurait pu loger une grosse noix. De la matière tuberculeuse (par fragments) était contenue dans cette caverne, et deux ou trois tubercules miliaires non ramollis se trouvaient, en outre, vers cette partie du poumon droit.

Abdomen : Estomac contracté, plusieurs taches brunâtres çà et là se trouvent sur les rides de la muqueuse. L'intestin grêle n'offrait aucune lésion; beaucoup de follicules isolés étaient développés, mais sans rougeur. La surface interne de l'*S* du colon et celle du rectum étaient recouvertes d'une exsudation albumineuse d'un blanc gri-

sâtre, qui s'enlevait facilement par le grattage; la muqueuse sous-jacente avait une teinte violacée et avait sensiblement perdu de sa consistance.

Rien, du reste, de remarquable ailleurs.

SOIXANTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Déformation du thorax. — Pneumonie double. — Respiration très gênée. — Emétique à haute dose.

Noël (Claude), âgé de trois ans, convalescent de rougeole, fut reçu, le 30 juillet 1827, à l'hôpital des Enfants; il toussait beaucoup, était très oppressé et avait de la fièvre. Cet enfant était faible et rachitique; il présentait, à gauche, une courbure très prononcée du rachis : sa poitrine était déprimée, rétrécie; ses membres arqués.

Symptômes et modifications qui se sont offerts durant le cours de la maladie.

Pouls, 108 pulsations; peau chaude; figure pâle; langue rose; ventre indolent; pas de diarrhée; toux fréquente; respiration gênée et très précipitée. L'auscultation de la poitrine permit de reconnaître, des deux côtés, du râle muqueux. La percussion des parois de cette cavité était partout sonore.

Le 4 août, la respiration était on ne peut plus gênée; l'on comptait 64 inspirations par minute; la toux était grasse, humide, mais non suivie d'expectoration; l'on entendait toujours du râle muqueux en arrière; le thorax, percuté dans ce sens, ne résonnait plus inférieurement; le son

était mat des deux côtés, et de plus on y percevait le souffle bronchial.

Le 8, l'enfant s'affaiblit, suffoqué par instants; la figure s'altère; l'amaigrissement est remarquable, le pouls est filiforme, la peau est sèche, rugueuse ; pas de diarrhée.

Mort le 10.

Nécroscopie le 11.

Tête: Vaisseaux de la superficie gorgés de sang; membranes humides; substance blanche un peu sablée; demi-once environ de sérosité transparente dans les ventricules cérébraux.

Thorax : La cavité gauche du thorax contient environ une once de sérosité jaunâtre, trouble, mais sans flocons.

La surface inférieure du poumon est parsemée de quelques liserés rares, pseudo-membraneux. La plèvre costale est sensiblement injectée. Tout le lobe inférieur du poumon, de ce côté, est hépatisé en rouge pâle; la pression du tissu pulmonaire ainsi altéré fait suinter, de toutes les extrémités, des ramifications bronchiques divisées, un mucus puriforme assez abondant; la partie postérieure du lobe supérieur, de ce côté, est un peu engouée (engouement cadavérique). Il n'y a pas de sérosité épanchée à droite, mais le lobe inférieur de ce poumon, également hépatisé et au même degré, est aussi partiellement revêtu de fausses membranes. Le lobe pulmonaire supérieur vers son sommet et dans l'étendue d'un demi-pouce est pareillement hépatisé.

La membrane muqueuse de la trachée et des bronches principales est pâle ; celle qui tapisse les dernières ramifications bronchiques offre une teinte violacée. Les ganglions bronchiques, surtout à droite, sont rouges et volumineux.

Abdomen : Le bas-fond de l'estomac est pointillé de rose. Les follicules de Peyer sont saillants, assez développés ; mais ils sont pâles, et la membrane muqueuse de l'intestin grêle n'offre nulle coloration insolite. L'orifice des follicules isolés du gros intestin est marqué par une coloration noirâtre; mais, du reste, nulle trace de rougeurs. Le foie, la rate et tous les autres viscères, en général, ne présentent pas de lésion apparente.

On a d'abord employé le traitement antiphlogistique; puis vers les derniers jours de la maladie l'on a administré l'émétique à dose *rasorienne*. La tolérance s'est promptement établie.

SOIXANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Un enfant entra, le 18 juin 1826, à l'hôpital réservé aux malheureux de cet âge : il était pâle, avait la figure bouffie, les membres infiltrés; il avait eu des *croûtes* à la tête, des *glandes engorgées* au cou; il était *malade* depuis long-temps, toussait depuis plusieurs mois.

Respiration gênée, abdominale; oppression très grande; râle ronflant des deux côtés de la poitrine ; battements du cœur forts et très étendus; chaleur de la peau naturelle ; pouls régulier, battant 76 fois par minute. Tels furent les renseigne-

ments que l'on obtint et les symptômes les plus saillants que l'on observa. Cet enfant mourut le 9 septembre suivant.

Autopsie.

On trouva plusieurs onces d'une sérosité transparente et jaune épanchée dans les deux côtés du thorax. La surface interne de la trachée et du larynx était injectée; cette coloration ne s'étendait pas jusque dans les divisions bronchiques; mais ces dernières étaient enduites d'un mucus puriforme. Les trois lobes du poumon droit étaient adhérents entre eux; le lobe moyen seul, vers la partie postérieure, était hépatisé; les deux lobes pulmonaires gauches adhéraient pareillement (adhérences anciennes); une seule partie, vers la pointe inférieure du lobe supérieur, se précipitait au fond d'un vase plein d'eau. Les ganglions lymphatiques, situés sur les côtés du cou et sur les côtés de la trachée, étaient développés et en partie rouges et tuberculeux; les ganglions pré et interbronchiques étaient très volumineux et entièrement tuberculeux. Le cœur était deux fois gros comme le poing de l'enfant, ses cavités se trouvaient remplies de caillots de sang d'un noir violet; des tubercules volumineux entouraient l'origine des gros vaisseaux; d'autres, en assez grand nombre, étaient placés entre le tronc innominé et la veine-cave; cependant nulle compression réelle n'en résultait.

SOIXANTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Herpin (Geneviève), âgée de neuf ans, entra, le 18 avril, à l'hôpital des Enfants. Cette petite fille, pâle, blonde, faible, avait eu des croûtes à la tête et des glandes engorgées au cou ; elle toussait depuis un an, et avait maigri beaucoup depuis quatre mois.

Peau froide, toux fréquente ; pas de sommeil, battements du cœur étendus et tumultueux ; douleur vers la région précordiale ; pouls petit, fréquent, irrégulier ; extrémités froides ; oppression ; lèvres violettes. La poitrine était sonore, mais on n'entendait pas l'expansion pulmonaire à droite.

Mort le jour de l'entrée à l'hôpital, à onze heures et demie du soir.

Autopsie cadavérique.

Volume du cœur très grand (deux fois le poing de l'enfant) ; dilatation des cavités gauches de cet organe.

Ganglions pré et interbronchiques volumineux et tuberculeux, mais ne comprimant aucun vaisseau.

SOIXANTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Perforation d'une division bronchique.

Copa (Catherine), âgée de six ans, fut admise, le 12 juillet 1827, à l'hôpital des Enfants. Cette

petite fille, pâle, maigre, chétive, était *très sujette à s'enrhumer*; elle toussait depuis deux mois lors de son entrée à l'hôpital.

Pouls, 110 pulsations par minute; peau chaude; râle crépitant inférieurement et du côté droit de la poitrine; matité à la percussion pratiquée vers ce ce point; l'expansion pulmonaire était d'ailleurs moins franche à droite que du côté gauche de la poitrine; toux fréquente, profonde; pas d'expectoration; oppression très grande; faiblesse extrême.

Mort le 10 octobre 1827.

Autopsie.

Plusieurs adhérences, et qui paraissaient anciennes, réunissaient à droite les deux feuillets de la plèvre et les trois lobes du poumon; le poumon droit offrait des traces nombreuses de *pneumonie partielle*, et des tubercules en assez grand nombre existaient dans son tissu. Des tubercules moins nombreux et quelques traces de phlegmasie étaient disséminés dans le poumon gauche. La membrane muqueuse de la trachée et des bronches était injectée, mais seulement dans l'intervalle des cerceaux cartilagineux. Les bronches contenaient quelques mucosités visqueuses et rougeâtres. Les ganglions pré et interbronchiques étaient volumineux et tuberculeux. Une masse considérable, résultant de la réunion de plusieurs de ces ganglions tuberculeux, existait au devant des bronches droites; nulle compression n'en résultait évidemment; mais une perforation avait établi une communica-

tion entre la seconde division de la bronche droite et un ganglion bronchique dégénéré. Les bords de cette ouverture étaient rouges ; elle-même se trouvait en partie bouchée par un grumeau de la matière tuberculeuse ramollie contenue dans le kyste ganglionnaire.

SOIXANTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Perforation d'une division bronchique.

Milet (Anastase), âgé de deux ans, fut apporté, le 8 juin 1826, à l'hôpital des Enfants : il toussait depuis quatre mois ; sa maigreur était très grande, sa faiblesse extrême ; il ne marchait pas encore. Cet enfant n'avait eu, du reste, ni croûtes à la tête, ni glandes engorgées au cou.

Pouls fréquent et petit ; peau froide ; toux non accompagnée d'expectoration. Plus tard, diarrhée, dépérissement. La respiration de ce malade avait toujours paru gênée et fréquente ; mais nul signe particulier n'avait pu être déduit au moyen de la percussion et de l'auscultation de la poitrine.

La mort survint le 26 juin, à la suite de quelques mouvements convulsifs généraux.

Autopsie.

Quelques cuillerées de sérosité transparente étaient contenues dans la grande cavité de l'arachnoïde ; la voûte à trois piliers et la cloison étaient peut-être un peu molles ; les ventricules latéraux renfermaient environ une demi-once de sérosité.

Thorax : La membrane muqueuse des voies

aériennes était pâle dans toute son étendue. Les ganglions pré et interbronchiques avaient acquis, pour la plupart, le volume d'une grosse noix ; cinq à six de ces ganglions, entièrement transformés en tubercules, présentaient vers leur partie centrale quelques stries rouges, qui semblaient être les derniers vestiges du tissu ganglionnaire. Vers la racine du poumon droit, à la partie interne et inférieure du lobe supérieur, et dans le tissu pulmonaire même, furent trouvés deux ganglions volumineux et tuberculeux, accolés à une division bronchique droite qui présentait une perforation de trois à quatre lignes d'étendue. Cette ouverture, dont les bords étaient pâles et frangés, établissait une communication entre le tubercule et le rameau bronchique. La matière tuberculeuse de la glande dégénérée s'écrasait encore très difficilement sous le doigt. Une portion du tissu du même lobe pulmonaire, celle qui se trouvait contiguë aux ganglions dégénérés, était hépatisée au premier degré, et se trouvait parsemée de tubercules miliaires. Les deux autres lobes de ce poumon étaient sains. Le poumon gauche présentait quelques granulations disséminées vers la périphérie et le sommet du lobe supérieur.

Vers l'*S* iliaque et la partie supérieure du rectum, se remarquait une injection sous forme d'arborisation.

Dans la première de ces deux observations, l'inflammation du kyste de la glande, l'adhérence plus intime contractée avec la bronche voisine

et l'ulcération d'où est résultée l'ouverture de communication, etc., paraissent avoir suivi le ramollissement de la matière tuberculeuse ; tandis que, dans la seconde observation, ces différents phénomènes semblent évidemment avoir précédé la dernière période d'altération du ganglion dégénéré. Dans le second de ces cas, en effet, la matière tuberculeuse se trouvait dans un état peu éloigné de la période de crudité, et la situation particulière du tubercule permet de concevoir comment, par le fait seul de la compression qu'il tendait à exercer sur l'organe voisin, est résultée d'abord une adhérence plus *immédiate,* plus *serrée* entre son kyste et le tuyau bronchique pressé, et plus tard une ulcération, une perforation vers le point de contact.

SOIXANTE-DIXIÈME OBSERVATION.

Perforation d'une bronche et de l'œsophage.

Moreau (Madeleine), âgée de six ans, fut reçue à l'hôpital des Enfants le 24 juillet : elle avait des glandes engorgées au cou, *s'enrhumait facilement* et toussait *depuis plusieurs mois* ; mais depuis huit jours seulement elle était alitée. Depuis cette époque, elle éprouvait de la céphalalgie ; elle avait de la fièvre, toussait beaucoup, et de temps à autre vomissait.

Stomatite gangreneuse ; pouls, 120 pulsations par minute (à son maximum de fréquence). Peu de diarrhée ; toux fréquente ; pas d'expectora-

tion; râle crépitant et muqueux à droite; matité légère en arrière, du même côté de la poitrine.

Mort le 14 août.

Autopsie.

Thorax : Adhérences intimes des deux feuillets de la plèvre vers les deux tiers inférieurs du poumon droit; quelques adhérences semblables existaient à gauche. Le lobe supérieur du poumon droit était postérieurement *hépatisé en gris*. La membrane muqueuse de la trachée et des bronches était généralement pâle. Sur la bronche gauche, à un demi-pouce de la bifurcation trachéale, existait une perforation arrondie, d'une demi-ligne de diamètre, communiquant avec une autre perforation alongée de haut en bas, à bords lisses et pâle aussi, siégeant sur l'œsophage. Cette dernière avait une ligne et demie d'étendue; elle se trouvait de deux lignes plus élevée que la précédente : elle s'abouchait néanmoins avec elle, mais au moyen d'un kyste intermédiaire, vide, formé d'un tissu résistant, comme fibreux, et dont la surface interne offrait une coloration d'un brun rougeâtre. Ce kyste, dont le diamètre pouvait être évalué à trois ou quatre lignes d'étendue, avait, selon toute apparence, appartenu à un ganglion bronchique dégénéré, dont la matière tuberculeuse ramollie s'était échappée par les ouvertures accidentelles qui ont été remarquées. La plupart des autres ganglions bronchiques étaient légèrement hypertrophiés et d'un rouge foncé;

plusieurs se trouvaient en outre pareillement tuberculeux.

Huit mois avant son entrée à l'hôpital, cet enfant, nous apprit-on, avait été malade; il avait toussé, il avait vomi.... Les perforations que nous avons trouvées, et dont les bords n'offraient nulle trace de phlegmasie récente, remonteraient-elles à cette époque?

SOIXANTE ET ONZIÈME OBSERVATION.

Perforation d'une bronche et de l'œsophage.

Thomas (Élisa-Perrette), âgée de trois ans, fut admise à l'hôpital le 20 décembre 1827; elle était affectée d'une luxation spontanée de la cuisse droite. Elle *toussait* et n'était pas bien portante depuis quatre mois; elle maigrissait depuis cette époque, mais depuis un mois *la toux* était beaucoup augmentée.

Dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital, son pouls ne battait que 96 fois par minute; sa toux était médiocrement fréquente et non suivie d'expectoration; le bruit respiratoire, non mêlé de râle, s'entendait bien partout, et la percussion de la poitrine était également sonore. Plus tard, quelques vomissements eurent lieu; la figure s'altéra; la fièvre augmenta; l'expansion pulmonaire devint peu franche de chaque côté de la poitrine, et s'accompagna d'un peu de râle difficile à caractériser; enfin, un flux diarrhéique vint augmenter l'affaiblissement général, et la mort arriva le 28 décembre.

Autopsie.

Thorax : Les ganglions bronchiques étaient volumineux et tuberculeux, quelques uns ramollis à leur centre. La membrane muqueuse du larynx et de la partie supérieure de la trachée-artère était pâle; celle de la fin de ce canal et des bronches offrait une coloration d'un rouge piqueté. Sur la bronche droite, à un demi-pouce de la bifurcation, existait une large perforation à bords irréguliers et rouges, communiquant directement avec un ganglion bronchique tuberculeux et ramolli, et communiquant aussi, mais d'une manière indirecte, avec l'œsophage au moyen d'une ouverture accidentelle, d'une ligne et demie de diamètre, à bords lisses et colorés en rouge, établie sur ce conduit en regard de la précédente. Les deux poumons contenaient des granulations. Le lobe inférieur du poumon gauche offrait plusieurs traces d'une phlegmasie disséminée çà et là dans son tissu (hépatisation rouge).

SOIXANTE-DOUZIÈME OBSERVATION.

Perforation de l'artère pulmonaire.

Bervelle (Marie), âgée de onze ans, avait eu la variole le 14 septembre 1827, et depuis cette époque elle avait conservé de la toux. Elle rentra à l'hôpital des Enfants-Malades le 14 février 1827. On reconnut alors un défaut d'expansion pulmonaire du côté gauche de la poitrine, de la matité et un peu de râle. Cette jeune fille toussait, mais elle

était sans fièvre et conservait assez d'embonpoint. Un vésicatoire avait été placé sur la paroi postérieure et externe de la poitrine; on lui accordait, d'ailleurs, la *demi-portion*, et on lui permettait de se lever tous les jours.

Le 16 juin, elle était descendue à la lingerie, quand tout à coup, dans un moment de gaîté, elle fut prise d'une hémoptysie qui devint promptement mortelle. La respiration demeura suspendue, et les battements du cœur devinrent imperceptibles aussitôt après l'accident. Les artères brachiales, radiales et carotides continuèrent encore de battre pendant à peu près vingt minutes.

Autopsie le 17.

Cerveau : Rien de remarquable.

Abdomen : Le mésentère, le péritoine ne présentaient non plus rien de particulier. Le tissu du foie était d'une couleur lie de vin, sa consistance molle; la rate était assez volumineuse; son tissu était d'un rouge violacé et peu consistant; à sa surface existaient des granulations blanchâtres, albumineuses, concrètes; dans son épaisseur, se trouvaient quelques tubercules miliaires; les reins n'offraient rien d'extraordinaire.

L'estomac, très distendu, renfermait beaucoup de sang fluide, ou réuni en caillots. La membrane muqueuse de ce viscère ne présentait aucun changement particulier de consistance ou de coloration, et en général tout le canal digestif paraissait exempt de lésion.

Thorax : Le volume du cœur était ordinaire.

A la surface du poumon gauche, se remarquaient quelques pseudo-membranes épaisses, résistantes, et selon toute apparence assez anciennes; des granulations étaient répandues dans le tissu de ce viscère; le poumon droit se trouvait pareillement entouré, et surtout vers sa base, de fausses membranes, et ses lobes avaient aussi contracté entre eux des adhérences; les ganglions bronchiques étaient volumineux, et la plupart contenaient de la matière tuberculeuse vers leur centre; chez quelques uns, cette matière était ramollie, tandis que le tissu de la glande environnante, rouge, rénitent, conservait encore une épaisseur assez grande. La membrane muqueuse de la trachée était pâle; celle des bronches, au contraire, se trouvait fortement injectée. Sur la bronche gauche, au dessus du point où elle se divise, existait une perforation de 3 à 4 lignes de diamètre, communiquant avec une perforation semblable de l'artère pulmonaire, située aussi immédiatement au dessus du point où ce vaisseau se divise. Ces deux perforations s'abouchaient dans une caverne creusée au milieu de glandes bronchiques agglomérées, tuberculeuses et ramollies. Il ne restait, pour dernier vestige de quelques unes de ces glandes, que leurs kystes adhérents à la surface voisine et nullement altérée du tissu pulmonaire.

La perforation de l'artère pulmonaire existait vers sa partie inférieure, tandis que c'était vers le bord supérieur de la bronche gauche que se trouvait l'autre ouverture accidentelle.

SOIXANTE-TREIZIÈME OBSERVATION.

Perforation de l'artère pulmonaire.

Marivain (Augustine), âgée de trois ans et demi, avait eu la rougeole à dix-huit mois; elle n'avait jamais eu de *croûtes à la tête* ni de glandes engorgées au cou. Elle entra à l'hôpital le 22 décembre 1826 : elle était alors affectée d'entérite et de bronchite. Après un séjour d'une semaine à l'hôpital, ses parents voulurent l'emmener. Elle *toussait encore* : elle sortit néanmoins, mais rentra le 2 janvier 1827. A cette époque, elle toussait assez fréquemment; son pouls était fébrile; toutefois l'attention du médecin était attirée plus particulièrement du côté du *ventre*, qui était douloureux; symptôme accompagné de diarrhée. Tout à coup, le 29 janvier, à six heures et un quart du soir, cette petite malade éprouva une *hémoptysie foudroyante*. Le sang sortit à flots par la bouche et par le nez, et la mort arriva d'une manière instantanée.

Autopsie le 31 janvier.

Thorax : Les ganglions interbronchiques, ceux placés au devant des bronches et sur la fin de la trachée-artère, très volumineux, étaient transformés en matière tuberculeuse homogène, dense, non ramollie. Toute la membrane muqueuse des voies aériennes présentait une teinte d'un blanc laiteux remarquable. Le poumon droit était parsemé de granulations plus opaques les unes que

les autres, et faisant saillie à la surface des tranches du poumon incisé. Un petit caillot de sang était logé dans le larynx; un semblable caillot se trouvait arrêté à la bifurcation des bronches, et quelques autres se rencontraient çà et là dans les divisions bronchiques gauches. Le poumon, de ce côté, était adhérent par sa face interne avec le côté correspondant du péricarde, et au milieu de cette adhérence se rencontraient quelques concrétions albumineuses, sous forme de granulations. Mais toujours à gauche et vers le bord postérieur et la partie inférieure et interne du lobe pulmonaire supérieur existait une adhérence de deux ou trois pouces d'étendue, et réunissant les deux feuillets de la plèvre. Sous elle et dans le tissu pulmonaire situé à sa proximité, se trouvait une vaste caverne (capable de contenir un œuf de poule) tapissée par une pseudo-membrane et entourée par une couche de tissu pulmonaire hépatisé. Cette caverne se prolongeait vers la racine du poumon, et là communiquait avec un kyste bronchique, qui, lui-même, présentait une ouverture béante, par laquelle il était facile d'arriver dans le tronc gauche de l'artère pulmonaire, qui se trouvait perforée vers le point où elle se partage pour se diriger vers chaque poumon.

Abdomen : Quelques mucosités, quelques caillots de lait étaient contenus dans l'estomac, dont la membrane muqueuse, vers le grand cul-de-sac de ce viscère, présentait deux ulcérations à fond pâle, à bords élevés et rougeâtres (grandeur de pièces de cinq sous). Dans le reste de l'étendue de

la surface interne de l'estomac, cette membrane, ainsi que dans toute l'étendue en général du canal digestif, n'était point injectée. Les autres organes n'offraient aucune lésion apparente.

Ces deux dernières observations contiennent les détails de faits peut-être inouis encore, et elles prouvent, d'ailleurs, qu'aucun phénomène clinique ne peut faire soupçonner le travail morbide dont le terme s'annonce par une catastrophe aussi subite que funeste (1).

---

(1) Afin d'abréger, nous ne ferons que mentionner ici deux autres observations : dans l'une, un kyste bronchique, contenant de la matière tuberculeuse ramollie, communiquait avec une excavation située dans le tissu pulmonaire voisin et paraissant résulter d'un abcès ; dans l'autre, un pareil kyste communiquait aussi avec un abcès semblable, qui, en s'ouvrant dans la cavité de la plèvre, avait donné lieu à un pneumothorax et à une pleurésie.

TABLE GÉNÉRALE DES MATIÈRES.

Maladies des organes qui concourent à la respiration et à la circulation.

FIN.

ERRATA.

Page 5, ligne 16, *au lieu de* Bresmer, *lisez* Bremser.

Page 20, ligne 3, *au lieu de* encéphalique, *lisez* encéphalite.

Page 89, ligne 12, *au lieu de* Jansou, *lisez* Janson.

Page 130, ligne 27, *au lieu de* cérébrale, *lisez* intestinale.

